

MOACYR SCLiar

A face oculta

Inusitadas e reveladoras histórias da medicina



artes
e Ofícios



MOACYR SCLAR

A face oculta

Inusitadas e reveladoras histórias da medicina



PORTO ALEGRE - RS
2001

© Moacyr Scliar

Revisão Renato Deitos
Editor Paulo Bentancur
Editoração e capa Alexandre Ribeiro
Ilustração de capa “A cura da loucura”, de H. Bosch
Fotolitos de capa VS fotolitos

S419f Scliar, Moacyr
A face oculta — inusitadas e reveladoras histórias
da medicina /
Moacyr Scliar. — Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2001.
224 p. ; 14 x 21 cm.

1. Literatura brasileira — crônicas. I. Título.

CDU 869.0(81)-94

CIP — Catalogação na fonte: Paula Pêgas de Lima CRB 10/1229

Reservados todos os direitos de publicação para a
ARTES E OFÍCIOS EDITORA
Rua Henrique Dias 201
90035-100 PORTO ALEGRE RS
☎ (51) 311-0832
artesoftware@via-rs.net



http://groups.google.com/group/Viciados_em_Livros

<http://groups.google.com/group/digitalsource>

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL
ISBN 85-7421-051-x

CONTRA CAPA

A face oculta é o resultado fascinante da seleção das quase 500 crônicas veiculadas na grande imprensa na última década. São cerca de 80 textos num livro que, sob vários aspectos, é um remédio. Surge em cena os bastidores da prática da medicina, universo cheio de mitologias, descobertas, medos, conquistas. Bastidores de um mundo vedado à maioria.

ORELHAS DO LIVRO

Há cerca de uma década o prestigiado ficcionista, também médico, mantém uma coluna na grande imprensa, coluna na qual põe em cena o universo da prática da medicina, universo cheio de mitologias, descobertas, medos, conquistas. Universo que revela o médico e o paciente, dois personagens que encarnam pólos opostos da natureza humana: o cientista e o doente.

Em sua coluna semanal, Scliar ilumina muitas das áreas obscuras da ação muitas vezes heróica dos médicos e busca compreender a angústia dos pacientes, enquanto esclarece, a todos nós, as dúvidas mais urgentes sobre o mais próximo dos planetas: o nosso próprio corpo.

A face oculta é o resultado fascinante (as expressões “inusitadas” e “reveladoras” do subtítulo são adequadíssimas) da seleção das quase 500 crônicas já publicadas. São cerca de 80 textos num livro que, sob vários aspectos, é um remédio.



Moacyr Scliar nasceu em Porto Alegre (RS) em 1937. Descendente de judeus russos, formou-se em Medicina em 1962. Às vésperas de completar 40 anos de atividade literária, escritor profícuo, já publicou cerca de meia centena de títulos, nos mais variados gêneros. Alguns de seus principais livros: *O carnaval dos animais* (contos), *O exército de um homem só* (novela), *O centauro no jardim* (romance),

A orelha de Von Gogh (contos), *Contos reunidos*, *A paixão transformada: história da medicina na literatura* (ensaio), *A majestade do Xingu*, *A mulher que escreveu a Bíblia* e *Os leopardos de Kafka* (novelas). Traduzido para doze idiomas, recebeu prêmios incontáveis, alguns muito importantes como o Casa de las Américas e o Jabuti. Várias das obras de Scliar já foram adaptadas para o teatro, o cinema e a televisão.

“A verdade é que a medicina, teoricamente fundada na observação, é tão sensível às influências políticas, religiosas, filosóficas e da imaginação como o barômetro é sensível às mudanças atmosféricas.”

Oliver Wendell Holmes, *Medical Essays*

“Todo o interesse na doença e na morte é, em verdade, apenas uma outra expressão de nosso interesse na vida.”

Thomas Mann, *A Montanha Mágica*

“A descrição da doença, na literatura, é prejudicada pela pobreza da linguagem... Mas não é de uma nova linguagem que necessitamos, e sim de uma nova hierarquia das paixões.”

Virginia Woolf, *On Being Ill*

SUMÁRIO

Voltando à vida
Os segredos do spa
Tapando o nariz
Rito de iniciação
Letra de médico
Doutor, engoli uma cobra
A medicina do amor
O sorriso de Onan
A síndrome de fevereiro
Uma velha dama indigna
As curas de Jesus
Pequeno? Nem tanto
O sonho da psicanálise
Cirurgia radical
Memórias da gonorréia
O médico doente
Literatura e medicina: doze obras inesquecíveis
Os elevadores têm ouvidos
Exercitando o cérebro
A glória da insônia
Ninhos vazios
A volta do velho doutor
A dolorosa vitória sobre a dor
Fascínio múltiplo
A política da genética
Temor e tremor
Está na cara
O que, mesmo, é doença?
Trocando mútuas, e secretas, farpas
O inimigo em nós
Ciência e vigarice
Droga: a compreensão é instrumento de ajuda
Dez históricas superstições sobre sexo
As armadilhas da memória
O primeiro cigarro a gente não esquece
Gauchismo e chimarrão
Gravidez e fantasias
Como criar uma terapia alternativa
O Elogio da Preguiça
Doce problema
A semântica da velhice

Doutores como cobaias
Os direitos de fumantes
Crendices por atacado
Vencendo o desafio da incapacidade
A controvérsia do chocolate
A doença e seu nome
Pólos da criação, pólos da loucura
A improvisação médica
Terapia *on line*
A ascensão e a queda dos gordinhos
Ilegal, imoral ou irracional?
A tísica e sua aura
Dentes e *status*
Lavem as mãos
Ciência e ficção
Histórias de camisinhas
Medicina e arte: a visão satírica
Os patinhos feios
Confissões de um abstinente
Uma conquista das mulheres
Freud e o Carnaval
Rompendo a lei do silêncio
A vida bem temperada
Plantas e saúde
Dor de cabeça: uma tentativa de consolo
A controvérsia da circuncisão
O antibiótico da sexta-feira
A mente dominada
Mito ou verdade?
Os prisioneiros do ventre
O câncer como mensagem
O amante latino: raízes biológicas
A perversa mentira do espelho
A síndrome do canhoto
Saúde & conselhos
O sol: uma ou duas coisas boas que podemos dizer a respeito
Menstruação e cultura
A dor da existência
Uma fantasia renascentista: a criação do homúnculo
A estrada e o pânico
Homens, mulheres & saúde

VOLTANDO À VIDA

Vida é assim. Um dia de manhã você pega seu carro, na praia, para ir a Porto Alegre, onde tem alguns assuntos a resolver. À tarde você estará de volta; como muitos, como todos você acredita que a vida pode ser planejada e que as coisas acontecerão conforme o previsto.

Você então vai dirigindo seu carro, conversando com uma amiga, nesta manhã agradável. E então um estrondo, e um segundo depois você está atirado no chão, o sangue escorrendo de vários ferimentos, dores lancinantes pelo corpo. Você não acredita. Não, não pode ser verdade, isto é um pesadelo, eu ainda não acordei, estou sonhando, daqui a pouco despertarei e começarei uma viagem a Porto Alegre, e aí sim, tudo dará certo. Mas a realidade se impõe, brutal: você acabou de sofrer um acidente, e você sente o tênue sopro de sua vida vacilando, prestes a se extinguir.



Sou médico. Sofri um acidente, mas sou médico, continuo médico. Muitas vezes atendi pessoas em situação igual à que me encontro, aprendi algo com isso, aprendi a pensar sobre o trauma grave. É de minha lucidez médica que preciso agora, nesta desesperada tentativa de enfrentar o caos que, eu sei, precede o fim.

Não enxergo. Por alguma razão — trauma craniano, acho — perdi a visão. Mas ouço vozes. Confusas, alarmadas. Querem me levar. E eis o primeiro perigo: “levar” significa que me agarrarão

pelos braços e pelas pernas, me colocarão num carro e assim serei transportado. Mas sei que tenho fraturas e o alarma soa dentro de mim: não, eles não podem me levar, eles me colocarão em risco ainda maior. Com o que resta da minha autoridade médica, comando: não me mobilizem, deixem-me aqui, chamem uma ambulância.

Neste momento, a sorte decide a meu favor. Há um sargento da Brigada Militar no local e também, como me contaram depois, um auxiliar de enfermagem. E são eles que organizam minha remoção: pedem emprestado a um chofer de caminhão uma porta de madeira, do carregamento que ele leva, e é nesta maca — improvisada, mas segura — que sou transportado numa ambulância da Secretaria da Saúde — a mesma Secretaria para a qual trabalho.



E aqui estou eu, em outro cenário que não me é desconhecido: no Pronto Socorro muitas vezes fiz plantão, muitas vezes recebi pacientes que, como eu, chegavam com o rótulo temível: politraumatizado.

Sou colocado numa maca e rapidamente examinado. As suspeitas se confirmam: há várias fraturas, preciso ser radiografado, tomografado. E então começa a corrida da maca pelo corredor: é o teto que eu vejo, o teto passando rápido, e faces ansiosas, e luzes, e aparelhos.

Cada movimento desperta dores lancinantes. Há um só momento em que tenho descanso: quando me introduzem dentro do tomógrafo. Esta experiência, que em outros se acompanha de claustrofobia, me proporciona um bem-estar incrível: ali estou, imobilizado, sem dor, quieto, no escuro. Deixem-me aqui, é o que eu tenho vontade de pedir, mas sei que é impossível. Levam-me

para a Unidade de Tratamento Intensivo.

Ali obtenho o primeiro alívio: com grande habilidade, o anestesista introduz-me na coluna vertebral um cateter que pinga morfina diretamente nas raízes nervosas. Tão grande é o bem-estar que chego a ficar eufórico. Uma euforia que, contudo, não durará muito.



A radiografia mostra que tenho várias costelas quebradas e hemotórax: um derrame de sangue na cavidade torácica. A função respiratória está em risco, é conveniente que eu seja transportado para um serviço especializado, o Pavilhão Pereira Filho, da Santa Casa de Porto Alegre. Ali também estou em casa: freqüentei esse serviço quando, no começo de minha carreira médica, trabalhava com tuberculose. A equipe que José Fernando Carneiro, Nelson Porto e Bruno Palombini formaram aqui está. Este grupo, um dos melhores do país, cuidará de mim.

De imediato sou transportado à UTI. E aí viverei uma experiência, para dizer o mínimo, insólita. Na UTI a vida está em suspenso. O tempo ali não passa — aliás, não há relógios nas paredes. A luz nunca se apaga; não é dia, não é noite, reina uma claridade fixa, imutável. Mas o movimento é contínuo; médicos, enfermeiras, auxiliares circulam sem parar, examinando, manipulando os doentes, sempre em estado grave.

Pequenos detalhes passam a adquirir uma importância desmesurada. Com nove costelas fraturadas eu não podia sequer mover-me; estava reduzido ao mais completo estado de desamparo. Que me recusava a aceitar. Durante horas pensei num esquema que me permitiria deitar de lado. Para isso, eu tinha de alcançar a grade da cama com os dedos, avançar milímetro a milímetro até que, auxiliado pela gravidade, pudesse

rotar sobre mim mesmo. O problema é que meus dedos não chegavam à grade. Poucos centímetros me separavam dela — mas era como se a maldita grade estivesse em outro planeta. Claro, poderia pedir auxílio. Mas era exatamente este detalhe que tornava ainda mais penosa a situação. Pedir auxílio para virar na cama — e para comer, para evacuar... Dolorosa depressão.



Um dia — acho que sob o efeito dos sedantes — tive uma alucinação. Acordei e vi um grupo de médicos reunidos em torno ao monitor de um paciente, desses monitores que mostram o traçado eletrocardiográfico. Por uns momentos fiquei me perguntando, absolutamente intrigado, o que estariam fazendo. E aí achei uma resposta: aquilo era um curso. Mais: era um curso a que eu deveria estar presente. Em vez disso, estava deitado. Pouca vergonha.

Com tremendo esforço, levantei-me. A sonda e o equipamento de soro tolhiam-me os movimentos e eu já ia arrancá-los, quando uma enfermeira me viu e convenceu-me a voltar para o leito. Voltei. Mas com muita raiva por ter perdido aquela aula.



Eu tinha que assumir a realidade do meu estado, bastante grave em alguns momentos. E isso foi possível sobretudo graças aos médicos que me trataram. Depois de muitos anos às voltas com a saúde pública, quase tinha esquecido este fato fundamental: a luta contra a doença e a morte tem como cenário principal o corpo enfermo. E deste corpo enfermo cuidavam meus colegas, com extraordinária dedicação e carinho: Jacques, Felicetti, Camargo, Sergio Zylberztein, Maria Eunice, e mais os residentes, os plantonistas, os enfermeiros, os auxiliares, as

fisioterapeutas. Nós sempre devemos nossa vida a muita gente, mas no hospital isso fica ainda mais claro.

Lições? Muitas. O cinto de segurança. A precariedade de nossos carros: falam-nos em “velocidade”, em “sedução”, não nos falam em proteção. A necessidade de um esquema rápido de remoção nas estradas. Mas, sobretudo, esta surpresa que é a recuperação de tradicionais hospitais: o Pronto Socorro, a Santa Casa.

Saí de um episódio sombrio não apenas com a saúde preservada, mas com a confiança restaurada. E isso, para quem está há anos no ramo, não é pouco. Garanto: não é pouco.

OS SEGREDOS DO SPA

Diferente de SPC, a palavra Spa não é uma sigla, não se trata de nenhum Serviço-de-Proteção-a-Qualquer-Coisa. É o nome de uma cidade da Bélgica, famosa, desde o século 14, por suas águas minerais. Século 14, sim: é muito antiga a crença do homem no poder dessas águas que brotam do seio da terra, aquecidas, segundo a lenda, nas forjas do deus Vulcano. E há muito tempo pessoas vão aos banhos termais, em busca de tratamento para situações que vão desde as doenças de pele até os proverbiais males do fígado. As águas foram estudadas e classificadas: sulfurosas, bicarbonatadas, ferruginosas. E para cada tipo de doença havia uma água específica. Tamanha demanda acabou criando uma verdadeira indústria: grandes estabelecimentos foram construídos para hospedar pessoas que vinham muitas vezes de longe em busca de curas para os seus males. Alguns desses hotéis ficaram famosos pelo luxo barroco; num desses, Alain Resnais filmou o famoso *O ano passado em Marienbad*, um filme *cult* dos anos 60, no qual os longos corredores serviam de metáfora para os labirintos da paixão. Irai, aqui no Rio Grande do Sul, sempre foi um equivalente modesto, mas digno.



As pessoas melhoravam no spa. E por que não haviam de melhorar? Comiam bem (inclusive para afastar o espectro da tuberculose, sempre associada à magreza), descansavam, conversavam e sobretudo relaxavam: mergulhadas na água tépida,

voltavam por algumas horas ao líquido amniótico onde o feto está a salvo dos desgostos do amor e da fúria da inflação. E isso preserva a reputação das termas até hoje.



Mas a medicina evoluiu. As doenças crônicas que levavam as pessoas ao spa começaram a receber tratamento mais eficiente. E a obesidade, que no passado era uma situação até desejável, tornou-se um risco. Aqui no Brasil spa tornou-se sinônimo de clínica do emagrecimento. E as primeiras que surgiram executavam um programa linha-dura, que baixava o peso, mas também gerava situações estranhas, hoje parte do folclore.

Uma história. Num desses spas, havia um papagaio, uma ave amistosa que ajudava a distrair os hóspedes em luta contra o apetite desesperado. Lá pelas tantas, o papagaio começou a se tornar irritadiço, agredindo as pessoas. Além disso, emagrecia a olhos vistos, o que era de surpreender, já que recebia uma generosa ração, composta de bananas e outras frutas. Finalmente, descobriu-se o que estava acontecendo: uma senhora, desesperada de fome, roubava a comida do papagaio. Para evitar futuros problemas, o louro foi removido para a casa do dono do spa. Que não fazia dieta.

Outra história, esta ocorrida num spa do litoral paulista. Como parte do programa de exercícios, os hóspedes caminhavam pela praia. Um dia, dois deles andavam pela orla deserta, quando avistaram um vendedor de cachorro-quente. Olharam-se e, unidos por uma cumplicidade instantânea, correram até o homem. Quando iam pedir os cachorros-quentes, com molho e tudo, lembraram-se: não tinham dinheiro. Você não pode nos vender fiado?, perguntou um deles. O homem recusou categoricamente, e manteve-se surdo a todas as súplicas. Finalmente, desesperado,

um dos hóspedes do spa bradou:

— Então, isto é um assalto! Passa para cá os cachorros-quentes!

Eram dois, e corpulentos (demais: por alguma razão estavam no spa). O vendedor abandonou o carrinho e saiu correndo. Quando voltou, mais tarde, o carrinho estava ali. Mas de pães e salsichas, nem sinal. Nem dos dois cavalheiros. Aquela altura, estavam descansando no spa.

TAPANDO O NARIZ

Em termos de medicina, como em termos de qualquer coisa, não existem limites para os estudos dos pesquisadores americanos: não há assunto, por insólito que seja, que não renda um artigo, uma tese, um livro. Na livraria da Brown University encontro uma obra exemplar neste sentido. Trata-se de *It's a Gas: A Study of Flatulence*, dos doutores Eric Rabkin e Eugene Silverman. A editora é a Xenos Books, desconhecida, mas com um nome apropriado: “xenos”, em grego, quer dizer estranho, e realmente estranho (mas interessante) é o tema da obra, uma história da flatulência e de suas insólitas expressões. Os autores começam definindo termos: explicam que o inglês *fart* veio do indo-europeu *perd* que por sua vez deu o latim *pedere* — soa familiar, não é? Depois, discutem as atitudes das várias culturas quanto ao ato de expelir gases: os toradja das ilhas Celebes não têm nenhuma restrição a respeito, a não ser em cerimônia de casamento, quando o ruído de um flato pode ser sinal de azar (principalmente, supõe-se, se partir do noivo). Os habitantes das ilhas Carolina fazem outro tipo de distinção: qualquer função corporal é vergonhosa se praticada em terra firme, mas não debaixo d’água. De modo que, pressionado pelos gases, um nativo da região entrará no mar e soltará seus gases, criando uma espécie de minijacuzzi. Já os índios canelos, do Equador, acham que junto com o gás sai a alma, o que parece um pouco exagerado; de qualquer modo, eles têm uma oração especial para contrabalançar os maus efeitos (mas não o mau cheiro) do ato. Na nossa bem-

perfumada cultura, gás é decididamente uma inconveniência, para dizer o mínimo; tanto que *fart* se inclui na categoria das palavras de quatro letras que caracterizam, em inglês, a obscenidade.



Isso, porém, não impede que a arte tenha se ocupado do assunto. Numerosos artistas, de Bosch a Beardsley, tentaram transplantar para a tela imagens sugestivas do ato de emitir gases. Na literatura há alusões a respeito, começando por Aristófanes, na Grécia, passando por Swift (*Viagens de Gulliver*) e chegando a Zola.

Personagens reais também ficaram célebres por seus gases. Um deles era conhecido como Joseph Le Pétomane. Nascido em 1857, este marselhês desenvolveu a incrível habilidade de modular, por assim dizer, os sons dos gases que expelia, de modo a fazer música. Foi contratado pelo Moulin Rouge, de Paris, e ganhou muito dinheiro exibindo-se em público. Era um contrato exclusivo, que Joseph perdeu quando fez uma exibição gratuita no bar de uma senhora para ajudá-la em suas dificuldades financeiras. O empresário não queria saber de caridade; gás, só no Moulin Rouge.



Os doutores Rabkin e Silverman não ficam só nessas amenidades. Sabendo que o problema incomoda muita gente, eles introduzem uma discussão sobre a causa e o tratamento da flatulência (mas o fazem sob a forma de um espirituoso diálogo de um médico com um chofer de táxi — ao final do qual, aliás, o doutor apresenta uma conta). Ali explicam que o gás intestinal provém do ar deglutido (a deglutição de ar é um fenômeno comum na ansiedade) e da produção de gás no aparelho digestivo. A causa

mais comum é uma condição resultante da deficiência de lactase, uma enzima importante na digestão da lactose, o açúcar do leite. Esta enzima freqüentemente falta em adultos. Também há alimentos que reconhecidamente produzem gás — o feijão é um deles, e também o repolho, a cebola e outros. A solução aí é uma dieta de eliminação, através da qual a pessoa vai descobrindo que alimentos lhe causam mais problemas. Quanto aos remédios, há uma substância chamada simeticone, que desmancha as bolhas de gás, mas só no estômago (serve, portanto, para a eructação). O carvão ativado também fixa o gás, mas é caro, e leva consigo vitaminas e minerais. No caso da enzima que falta, ela pode ser ingerida sob forma de comprimidos, e muitas vezes resolve. E concluem os doutores do gás: “Escolhendo bem os alimentos, preparando as refeições de forma adequada, suplementando a dieta com enzimas e rindo quando não há outro jeito, pode-se enfrentar o problema”.

O que parece uma recomendação sensata. Sobretudo no que se refere àquela parte de rir quando é inevitável. Joseph Le Pétomane gostaria dessa.

RITO DE INICIAÇÃO

Ao entrar na faculdade, os futuros médicos passam por dois rituais de iniciação. Um é a recepção aos calouros sob forma de trote, um costume que no passado chegou a provocar revolta. Por bons motivos. O trote, particularmente quando violento, refletia a ambivalência de qualquer corporação frente a recém-chegados; de um lado são novos companheiros, de outro, futuros concorrentes. Como em outras profissões existe na medicina uma tensão dialética entre a cooperação e a competição, entre o trabalho em equipe e a luta pelo mercado.

O outro ritual de iniciação é representado pelo cadáver. A anatomia é uma das disciplinas básicas do ensino médico, e embora se possa estudar medicina em livros (dos quais alguns são veneráveis clássicos, como o Testut e o Gray) ou em manequins, a hora da verdade chega quando o estudante se defronta com o corpo morto.



É um choque. Uma manhã, abrem-se as portas de um anfiteatro, os estudantes entram, vestindo seus aventais brancos e lá encontram, sobre mesas de alumínio, os cadáveres, preservados em formol. Muitos desses jovens estarão, pela primeira vez, tocando (ou pela primeira vez vendo) um morto. Alguns se sentirão mal — um mal-estar que durará dias, semanas ou meses. Outros disfarçarão a ansiedade com brincadeiras. Mas todos acabarão se acostumando. O cadáver passa a ser um meio de conhecer o corpo humano. E este conhecimento é básico para o estudo da doença.



A entrada do cadáver no estudo de medicina foi realmente tardia, exatamente por causa das emoções suscitadas pelo corpo morto. Há religiões que proíbem tocar em defuntos, e até há alguns anos o estudo da anatomia em Israel encontrava uma furiosa oposição por parte dos ortodoxos. No passado, como não se conhecia bem a anatomia, era impossível localizar corretamente a doença em órgãos. Isso não tinha muita importância, porque os médicos não curavam mesmo; quem curava era a natureza. Mas o progresso científico a partir da Renascença começou a exigir um conhecimento mais acurado. Havia também uma razão prática: com a descoberta da pólvora, os ferimentos de guerra passaram a ser mais sérios; a cirurgia teve de se desenvolver, e cirurgia sem anatomia não existe. E houve ainda uma outra, e inesperada colaboração: a dos artistas, que queriam conhecer melhor o corpo que desenhavam ou pintavam. Leonardo da Vinci foi um grande anatomista; dissecava cadáveres na calada da noite, à luz de velas, e os desenhos que deixou são não apenas obras de arte como um monumento ao espírito humano.



De quem são os cadáveres dos necrotérios? Que pessoas ali jazem? Para esta questão a resposta é o tácito silêncio. Não têm nome, aqueles mortos, não têm história. Mas têm lições a transmitir. A primeira é filosófica: a permanente lembrança da morte, que, ao fim e ao cabo, levará a melhor — razão pela qual o pediatra uruguaio Florencio Escardó dizia que o ensino médico deveria começar, não por uma derrota, mas pela vitória da vida: a criança.

De qualquer modo, o contato com o cadáver representa uma importante, ainda que insólita, experiência existencial. Muito

necessária: a medicina não é só uma profissão. É uma forma de viver, à qual não se chega sem uma profunda transformação pessoal; sem dolorosos, mas salutareos, ritos de iniciação.

LETRA DE MÉDICO

Na farmácia, presencio uma cena curiosa, mas não rara: balconista e cliente tentam, inutilmente, decifrar o nome de um medicamento na receita médica. Depois de várias hipóteses acabam desistindo. O resignado senhor que porta a receita diz que vai telefonar ao seu médico e voltará mais tarde. “Letra de doutor”, suspira o balconista, com compreensível resignação. Letra de médico já se tornou sinônimo de hieróglifo, de coisa indecifrável. Um fato tanto mais intrigante quando se considera que os médicos, afinal, passaram pelas mesmas escolas que outros profissionais liberais. Exercício da caligrafia é uma coisa que saiu de moda, mas todo aluno sabe que precisa escrever legivelmente, quando mais não seja, para conquistar a boa vontade dos professores. A letra dos médicos, portanto, é produto de uma evolução, de uma transformação. Mas que fatores estariam em jogo atrás dessa transformação?



Que eu saiba, o assunto ainda não foi objeto de uma tese de doutorado, mas podemos tentar algumas explicações. A primeira, mais óbvia (e mais ressentida), atribui os garranchos médicos a um mecanismo de poder. Doutor não precisa se fazer entender: são os outros, os seres humanos comuns, que precisam se familiarizar com a caligrafia médica. Quando os doutores se tornarem mais humildes, sua letra ficará mais legível.

Pode ser isso, mas acho que não é só isso. Há outros componentes: a urgência, por exemplo. Um doutor que atende dezenas de pacientes num movimentado ambulatório de hospital

não pode mesmo caprichar na letra. Receita é uma coisa que ele precisa fornecer — nenhum paciente se considerará atendido se não levar uma receita. A receita satisfaz a voracidade de nossa cultura pelo remédio, e está envolta numa aura mística: é como se o doutor, através dela, acompanhasse o paciente. Mágica ou não, a receita é, muitas vezes, fornecida às pressas; daí a ilegibilidade.



Há um terceiro aspecto, mais obscuro e delicado. É a relação ambivalente do médico com aquilo que ele receita — a sua dúvida quanto à eficácia (para o paciente, indiscutível) dos medicamentos. Uma dúvida que cresce com o tempo, mas que é sinal de sabedoria. Os velhos doutores sabem que a luta contra a doença não se apóia em certezas, mas sim em tentativas: “*dans la médecine comme dans l’amour, ni jamais, ni toujours*”, diziam os respeitados clínicos franceses: na medicina e no amor, “sempre” e “nunca” são palavras proibidas. Daí a dúvida, daí a ansiedade da dúvida, da qual o doutor se livra pela escrita rápida. E pouco legível.



Os grafólogos, essas pessoas que decifram (ou tentam decifrar) personalidades pela letra teriam, com os médicos, muito trabalho. Mas é provável que os mistérios da grafologia médica não sobrevivam no futuro. Raros doutores datilografam as receitas, mas provavelmente o computador se imporá também nesta atividade.

Os pacientes talvez não se sintam inteiramente felizes com isso. A pessoa que olha o médico escrevendo sua receita não está apenas testemunhando um exercício de má caligrafia: está vendo uma mão poderosa, ainda que falível, traçando uma parte de seu destino. Sempre ilegível — como a letra dos médicos.

DOUTOR, ENGOLI UMA COBRA

Em *A Anatomia da Melancolia* Robert Burton conta a história de uma mulher que procurou o médico, dizendo que tinha engolido uma cobra. “O doutor”, conta Burton, “deu-lhe um emético; e, na bacia em que a mulher, por efeito da substância, vomitou, ele introduziu furtivamente uma cobra. Com o que ela ficou curada.”

O século 17, época em que Burton escreveu o seu texto, era famoso pelos hipocondríacos — e, não por coincidência, pela depressão, aquilo que o autor chama de melancolia. Mas hipocondríacos sempre existiram, sempre procuraram os médicos, e sempre foram tratados como a mulher dessa história: com engodos que no fundo revelam impaciência com pessoas tão queixosas que às vezes precisam anotar seus males sob pena de esquecer-los: “*le malade au petit morceau de papier*”, como dizia Charcot, o paciente que, no meio da consulta, detém-se — “que mais me incomoda, mesmo?” —, puxando então a sua listinha. Não é uma situação que desperta simpatia; nos hospitais de urgência dos Estados Unidos são conhecidas como GOMER, acrônimo para “*Get out of my emergency room*”, cai fora da minha sala de emergência. Mesmo assim não é uma situação rara: em *Medical Sketches* (1786), o doutor John Moore estimava que 80% do que seus colegas ingleses faturavam corriam à conta dos hipocondríacos.



A palavra *hipocondria* tem origem curiosa. Vem de *hypo*, sob, e *condros*, que é a cartilagem das costelas. É a região do abdome na qual está situado, à direita, o fígado, e à esquerda, o baço. O fígado é o órgão do rancor, da raiva; o baço, o da depressão (*spleen*, em inglês, é isto, melancolia).. Esta denominação tinha a ver com o caráter emocional da hipocondria, reconhecido desde a antigüidade por Galeno. É uma doença que tem conotação histórica (durante a Idade Média desapareceu) e cultura: estudos americanos mostram que italianos e judeus queixam-se mais que irlandeses (o epitáfio da. mãe judia é sugestivo: “Eu disse que não estava bem”). Há hipocondríacos famosos, como Charles Darwin, cujas múltiplas queixas só eram aliviadas pelo carinho de sua mulher, Emma (cada vez que ela ficava grávida, Darwin piorava). A medida que amadurecia, porém, foi melhorando; e quando, finalmente, produziu a sua obra máxima, sentiu-se aliviado: “Esse livro (*A Origem das Espécies*) era a causa de meus males”.



O que aconteceu com Darwin é uma regra no tratamento psicoterápico dos hipocondríacos: quando mais ansiosa ou deprimida a pessoa está, melhores suas chances de melhorar; a pior situação é aquela em que a hipocondria está associada à ausência de emoções. O prognóstico também é pior se a hipocondria está associada a um transtorno da personalidade.

As biografias de hipocondríacos famosos mostram que eles vivem muitos anos — a verdade é que eles se cuidam. Como dizia uma senhora afligida por muitos males imaginários: “Eu só não vou ao médico se não posso. Se estou doente, por exemplo”. Sim, os hipocondríacos são assíduos nas consultas; e são tratados com tolerância ou impaciência, dependendo do profissional. Recebem placebos, são operados, o mais das vezes sem resultado, como na

anedota famosa da senhora que procurou um cirurgião queixando-se de que tinha um gato na barriga. Tanto insistiu, que ele concordou em operá-la: fez uma incisão superficial e depois mostrou-lhe o gato que, segundo disse, tinha tirado do abdome, um belo gato preto. Mas a paciente não ficou curada: o “gato” dela era branco.

A MEDICINA DO AMOR

Sim, o amor é belo, o amor é sublime — mas como se faz para despertar amor em alguém que não nos ama? Esta é uma questão que atormenta há milênios aqueles que são vítimas da paixão não-correspondida. Alguns aceitam, resignados, a situação; outros, porém, querem fazer brotar o afeto num coração frio e para isso recorrerão a tudo. Inclusive à medicina do amor; poções mágicas capazes de transformar em encantamento o que antes era desprezo. A idéia por trás disso é que existe uma química da paixão, que pode ser manipulada mesmo contra a vontade da pessoa. Para isso, as substâncias mais estranhas serão usadas; por exemplo, o coração de pombo, seco (a razão para isso é óbvia: afinal, os namorados são conhecidos como “pombinhos”).



Na Idade Média, uma das substâncias mais usadas nos feitiços do amor era a mandrágora, que em inglês se chama *mandrake* — daí vem o nome do antigo personagem da história em quadrinhos, um elegante mágico que subjuguava os inimigos com seus incríveis truques. A mandrágora é uma planta relativamente comum, mas quem a arranca do solo morre, segundo a lenda. Este perigo podia ser contornado; amarrava-se o caule ao pescoço de um cão faminto que era, em seguida, atraído com alimento. Ao precipitar-se para a vasilha, o animal arrancava a mandrágora da terra — e morria. O que, de novo, envolve um simbolismo conectando amor e morte.

Também se acreditava que objetos possuíssem poder, e entre

estes o anel, símbolo de união, era clássico. Conta Petrarca que o imperador Carlos Magno apaixonou-se violentamente por uma dama. Quando ela faleceu, o desventurado soberano não conseguia se afastar do corpo, embalsamado. Tal obsessão despertou estranheza. O caso começou a ser investigado e afinal um bispo descobriu, oculto sob a língua da falecida, um anel mágico: era dali que vinha o encanto. Diz Petrarca que, desde então, o religioso tornou-se uma companhia constante de Carlos Magno (mas não explica se isso tinha algo a ver com o anel).



Os afrodisíacos são diferentes; num caso trata-se de amor, no outro, de libido. De qualquer modo, a busca por substâncias capazes de aumentar o desejo sexual também é antiga; o autor romano Juvenal, que viveu no primeiro século da era cristã, foi dos primeiros a mencionar a ostra como afrodisíaco. Peixes, seres fálcos que vivem na profundidade das águas, e moluscos, criaturas viscosas encerradas em suas conchas (“concha” é um clássico termo para designar a genitália feminina), são considerados alimentos excitantes. A aparência também explica a preferência pela baunilha (em espanhol, “vanila”, diminutivo de “vaina”, bainha, metáfora para vagina — notem a semelhança dos nomes). No caso da clássica cantárida, uma substância extraída de insetos, a ereção resulta de uma irritação da mucosa genital.



Claro que há uma química da paixão, representada pelos hormônios. Mas a verdade é que o amor continua sendo um mistério não decifrado pela medicina. E é bom que seja assim. Sem o mistério do amor, a vida não teria graça.

O SORRISO DE ONAN

Nos Estados Unidos existe um cargo governamental que não tem correspondente no Brasil: é o *Surgeon General*, o porta-voz para assuntos de saúde da Presidência. Não tem muita importância prática: resulta mais em denúncia, em barulho do que em qualquer outra coisa. Everett Koop, por exemplo, foi um crítico incansável do *establishment* médico. E Jocelyn Elders, que acabou exonerada por Clinton, não ficou atrás. Numa declaração pública, Elders disse que masturbação era um assunto que deveria ser abordado, e com enfoque positivo, na educação sexual dos jovens. O escândalo foi tal que o Clinton não pode mantê-la no cargo.



Masturbação é escândalo há muito tempo. Desde a época de Onan, pelo menos. Esta obscura figura bíblica ficou conhecida por um estranho gesto de rebeldia. Tendo seu irmão falecido, ele deveria, de acordo com a tradição, manter relações com a viúva, para que a progênie fosse preservada. Em vez disso, diz o Livro, ele “derramou sua semente na terra” (com o que deu seu nome a um papagaio da escritora americana Dorothy Parker que, segundo ela, também derramava as sementes no chão). Onan pagou com a vida a afronta. Não está bem claro o que fez; talvez se tratasse de coito interrompido. O certo é que seu nome ficou associado com masturbação.



Ao longo dos séculos, o onanismo foi repetidamente

condenado. O cristianismo incluiu-o (se bem que num grau menor) na categoria de pecados tais como incesto, sodomia, adultério. Era uma falta grave, inclusive porque, à época das pestes medievais, a população da Europa diminuiu muito, com o que o “crescei e multiplicai-vos” voltou a ser uma imposição. Os confessores deveriam interrogar os jovens, advertindo-os para a gravidade da masturbação, segundo recomendava o teólogo (século 15) Jean Gerson. Esta “Lei de Gerson” (lembram-se do famoso jogador de futebol?) foi seguida também pelos médicos. Um tratado (1760) da autoria do doutor J. A. Tissot leva o título de *Sobre o Onanismo — Os Males Produzidos pela Masturbação*. Dessa época é também a expressão “vício solitário”, aparecida num livro chamado *Onania*, ou o *Odioso Reino da Autopolição*. No século 19, Benjamin Rush, o pai da psiquiatria americana, atribuía à masturbação problemas tais como impotência, tuberculose, dispepsia, cegueira — e morte. Na mesma época, a doutora Bethenia Angelina Owens-Adair mencionava o caso de um jovem masturbador que foi internado num hospício — e castrado. Com o que, garante a sinistra doutora, melhorou muito e até arranhou um emprego rendoso (se esta era a condição para arranjar trabalho o melhor, convenhamos, era ficar desempregado). O psiquiatra Kraft-Ebing dizia, em 1856, que a masturbação “exaure os nobres sentimentos”. Um editorial do *New Orleans Medical Journal*, em 1850, achava-a um mal “pior que a praga, a guerra e a varíola”. Os médicos vitorianos prendiam o prepúcio com um alfinete de segurança, de modo a tornar qualquer ereção extremamente dolorosa.



Todas essas crenças e atitudes prolongaram-se pelo século 20. A ignorância sobre o assunto era a regra, comenta o

antropólogo Lionel Tiger. Em *The Pursuit of Pleasure, A Busca do Prazer*, ele descreve os terrores de sua primeira automanipulação. Não sabendo que quantidade de esperma poderia produzir, meteu-se na banheira, para não inundar a casa.

Os humoristas contribuíram para mudar esta imagem negativa. O coito é apenas o sucedâneo insuficiente da masturbação, dizia o escritor Karl Kraus. E Woody Allen definia masturbação como “fazer amor com uma pessoa de quem você realmente gosta”. Um de seus personagens, elogiado no desempenho sexual pela parceira, comenta: “E que eu pratico muito — quando estou sozinho”.

Mas foi a Aids que mudou definitivamente a imagem da automanipulação. Pode haver sexo mais seguro do que este?, pergunta um leitor da revista *Newsweek*, protestando contra a demissão de Elders. Porque era justamente disso que ela falava, de *safe sex*. O pêndulo agora oscilou para o lado oposto, da condenação ao elogio. Breve chegaremos a uma posição de equilíbrio, definindo os casos em que masturbação é uma expressão normal da sexualidade e os casos em que se associa a problemas psicológicos. De qualquer modo, Onan deve estar sorrindo.

A SÍNDROME DE FEVEREIRO

Não está nas obras completas de Freud, mas faz parte da tradição Psicanalítica, ao menos no sul do Brasil: as férias de fevereiro. Todos os anos, nessa época, os psicanalistas — diferente das pombas de Raimundo Correia, que partiam do pombal, mas uma a uma — viajam em massa. Há, claro, uma lógica nisso: os pacientes podem assim programar suas próprias férias (ainda que muitos deles sustentem que a neurose não tira férias).

A previsibilidade não chega a ser consolo. Muitos pacientes toleram mal esse período. Aliás, não só os pacientes. Contaram-me a história de um terapeuta que ligou do exterior para saber como andavam as coisas em sua casa. A empregada disse que estava tudo certo — à exceção do cachorro, que sentia muita falta do dono, e mostrava-se deprimido, recusando até a mais saborosa ração.

— Coloca-o ao telefone — comandou o profissional.

Durante um bom tempo, ele, como falante, e o fiel cão, como ouvinte, tiveram uma conversa, que, de acordo com a clássica norma do sigilo, ficou entre eles. Parece que o cachorro melhorou muito.

Nos Estados Unidos há uma série de recomendações para vencer esta carência que constitui a síndrome de fevereiro. Gravar a última sessão, por exemplo. Ou telefonar para o terapeuta (que nem sempre responderá o chamado. Há exceções; ver acima).



Essas regras podem, naturalmente, mudar. Datam de uma

época em que os psicanalistas eram poucos, e podiam facilmente combinar essas e outras providências. Agora, com a diversificação das escolas — há grupos psicanalíticos para todos os gostos —, a aura sagrada que envolve fevereiro pode até estar se dissipando. Experiências novas estão surgindo. Falam-me de uma psicanalista que analisa seus pacientes não no consultório, mas na praia, caminhando (e talvez até levando uma vara de pescar. Os peixes são metáforas para os problemas que se movem na profundidade do inconsciente).

Melhor ainda seria um psicanalista que atendesse só em fevereiro, sob a forma de maratonas praianas ou serranas. Seguramente não lhe faltaria clientela. E seguramente ganharia para passar o resto do ano sem trabalhar. Quem sabe viajando. Quem sabe telefonando para o cachorro.

UMA VELHA DAMA INDIGNA

A 22 de fevereiro de 1495 as tropas francesas de Carlos VIII que invadiram a Itália entraram, sem resistência, na cidade de Nápoles. A população, que não tinha nada a ver com brigas de reis, recebeu bem os soldados, estes acompanhados de uma apreciável armada de prostitutas. Seguiram-se dois meses de farras, ao fim dos quais a situação azedou e os soldados, na maioria mercenários, tiveram de bater em retirada. Mas deixaram uma lembrança: meses depois, os médicos napolitanos falavam do surgimento de uma nova doença, que começava com uma lesão peniana e se acompanhava de uma erupção cutânea, “mais horrível que a lepra”, nas palavras de um doutor Benedetto. De imediato, a enfermidade foi batizada de “mal francês”. Do outro lado, os franceses, igualmente afetados, queixavam-se do “mal napolitano”. Só em 1520 a doença receberia o nome pela qual é conhecida: sífilis. Quem a batizou foi um médico e poeta, Girolamo Fracastoro, autor de um longo poema dramático chamado *Syphilis sive morbus gallicus*, *A sífilis ou o mal francês* (os veteranos recordarão o termo “galiqueira”). O personagem principal, um pastor chamado Syphilus, é punido pelo deus Sol com a doença. Daí em diante este nome se espalharia pelo mundo.



Mas a sífilis apareceu mesmo no século 16? Não se sabe exatamente. Durante séculos esta questão foi objeto de feroz discussão, envolvendo a chamada “conexão Colombo”. Segundo

esta explicação, a doença teria sido trazida da América pelos descobridores. Mas aparentemente ela também não era conhecida pela população indígena. Diz-se que, naquela época, um treponema, o tipo de micróbio que causa a doença, teria feito sua aparição — talvez vindo de animais (como o HIV). O certo é que, em termos de doenças, os europeus não foram exatamente vítimas: a varíola, que dizimou a população indígena, foi por eles introduzida, e muitas vezes com o propósito de proceder a uma “limpeza étnica”.

Qualquer que tenha sido a origem da sífilis, não cabem dúvidas que o cenário histórico ajudou a sua disseminação. A Renascença foi uma época de relaxamento de costumes, e por toda a Europa a ordem era cair na gandaia: liberou total. Pouco podia ser feito para deter a epidemia. Havia dois tipos de tratamento, o guaiaco, substância vegetal trazida da América (o Novo Mundo dá a doença, o Novo Mundo tem de dar o tratamento, esta era a idéia), e o mercúrio, pois observara-se que trabalhadores em minas deste metal curavam-se da doença. A partir daí, seu uso foi popularizado pelo famoso Paracelso. Extremamente tóxico, o mercúrio deve ter matado mais que curou; isso não impediu que continuasse no arsenal terapêutico por muito tempo, até o advento da moderna quimioterapia.



A situação mudou radicalmente com o uso da penicilina, nos anos 40. Mas mesmo aí há uma história sinistra a ser contada. Um “teste” do antibiótico foi feito num distrito de Tuskegee do Sul dos Estados Unidos, numa clínica que só atendia negros. Metade dos pacientes recebia penicilina, a outra metade não — uma metodologia anticientífica e cruel. Os que foram medicados curaram-se, os outros adoeceram e muitos morreram.

No Brasil, onde a doença sempre foi muito disseminada — os médicos brasileiros deveriam pensar “sifiliticamente”, dizia o famoso Miguel Couto —, a penicilina também fez diminuir a enfermidade, mas pela simples razão de que era usada para qualquer coisa: foi a gripe, diziam os médicos do anos 50, que ajudou a batalha contra a sífilis. Atualmente, a doença está de novo em ascensão, sobretudo na população drogada, onde a troca de sexo por cocaína não é rara e os cuidados inexistem.

É a Aids a sífilis de nosso dias? Há analogias: o dramático surgimento, a rápida disseminação. Mas a sífilis é brincadeira comparada com a Aids. Talvez por já ter mais de quinhentos anos: com a idade, vem a moderação.

AS CURAS DE JESUS

Ao longo de sua passagem pela terra, a figura de Jesus vai se modificando: temos primeiro o bebê que nasce na manjedoura, depois o menino que assombra os sábios no templo, depois o pregador que arrebatava multidões, o líder irado que expulsa os vendilhões. E há também — muito importante — o Jesus que cura: “Eis que se aproximou um leproso, prostrou-se diante dele e disse: ‘Senhor, se quiseres, poderás limpar-me’. E Jesus, estendendo a mão, tocou-o e disse: ‘Quero, fica limpo’. No mesmo instante o homem ficou livre da lepra” (Mateus 8,1). A esta cura seguem-se muitas outras: coxos, aleijados, cegos. O ápice desta seqüência é a ressurreição de Lázaro, em que a própria morte é derrotada. Numa época em que a medicina praticamente inexistia, as curas de Jesus arrebatavam multidões.



Mesmo porque nisso, como em outras coisas, Jesus era revolucionário. O Antigo Testamento fala muito sobre o corpo e suas doenças, mas detém-se sobretudo nas medidas sanitárias. A lepra, para voltar a um exemplo anterior, é objeto de minuciosas prescrições no Levítico. O suspeito da doença deve ser levado a um sacerdote que, mediante critérios previamente estabelecidos, fará o diagnóstico, e declarará o estado de “impureza” que se traduz em rígido isolamento do doente. A doença, sobretudo a doença epidêmica, é vista como castigo divino, e não é de admirar que o Senhor recorra às pragas para intimidar o Faraó. Por outro lado, há muitas regras para manter a saúde: regras de limpeza

corporal, regras dietéticas, regras sobre como vestir. Não há curas, muito menos mágicas. A exceção é o episódio em que o profeta Elias ressuscita uma criança; curiosamente Elias, que foi arrebatado ao céu num carro de fogo, é considerado um precursor de Jesus.

Em resumo: o Antigo Testamento é o domínio da saúde pública; o Novo Testamento introduz a medicina curativa, individual.



O cristianismo herdou de Jesus a tarefa de cuidar dos doentes. Os hospitais foram, caracteristicamente, instituições cristãs e durante a Idade Média os frades eram os depositários da medicina. Com o que uma imensa necessidade social era atendida, como o demonstram, no Brasil, as Santas Casas.

Por outro lado, atender os doentes rende dividendos: sabem disso os políticos, por exemplo. Inaugurar ambulatórios sempre rendeu votos. E pode render grana: “templos” que anunciam curas mágicas proliferam por toda a parte. As pessoas acorrem em massa a esses lugares. Não se trata só de carência assistencial; trata-se de ansiedade diante de uma medicina cada vez mais despersonalizada pela tecnologia, um atendimento no qual o paciente se sente apenas um objeto, e do qual sai carente do ponto de vista emocional. O que o doente espera, em última instância, está muito bem expresso no conto de Eça de Queiroz, *Suave Milagre*. O menino que jaz doente, na humilde enxerga, vê a porta se abrir — é Jesus que aparece, dizendo: “Aqui estou”.

PEQUENO? NEM TANTO

Don't want a short dick man, não quero um homem de pênis pequeno, diz uma canção não muito refinada, mas, numa época, muito famosa. Para um homem com pretensões a machão, não pode haver maior ofensa. O que foi cruamente retratado na cena inicial de um violento Western, *Os Imperdoáveis* (The Unforgiven): num bordel, homem tem ataque de fúria e retalha à faca rosto de prostituta, porque ela riu de seu pênis, achando-o minúsculo.



É um dos mitos mais pervasivos em todas as épocas e todas as culturas, o mito do pênis pequeno: homens pouco calçados teriam menor potência sexual. O assunto acabou ultrapassando as fronteiras do popular e chegou à academia. Numerosos estudos foram feitos sobre o assunto, inclusive em Porto Alegre. No momento vou me referir a trabalhos americanos, porque, em matéria de tamanho, o que vale para os desenvolvidos com mais razão se aplica aqui. Assim, vemos que em média o pênis flácido tem 10 centímetros, com uma circunferência também de 10 centímetros. Ereto, o comprimento passa para 15 centímetros e a circunferência para 13 centímetros. Deve-se, contudo, notar que não há relação entre o tamanho do guerreiro em repouso e pronto para a luta: crescimentos surpreendentes podem se registrar.

As lendas sobre tamanho de pênis dizem respeito, obviamente, aos maiores espécimes. Não há registro no *Livro Guinness de Recordes*, o que pode ser atribuído ao pudor (ou

rancor) das organizações, mas Robert L. Dickinson, um dos pesquisadores que estudou o assunto mencionava 33 centímetros como a dimensão máxima conhecida. De novo: muitas histórias circulam a respeito. Dizia-se que o gângster John Dillinger seria portador de um órgão de 50 centímetros, talvez uma lenda criada pelo próprio para aterrorizar eventuais companheiros de cadeia.



Um outro mito fala de uma relação entre tamanho de pênis e tamanho de outras partes do corpo: nariz e pés são referências prediletas. O nariz se compreende, porque há uma relação entre olfato e sexualidade, e um dos amigos de Freud, um otorrinolaringologista (não muito competente) chamado Fliess, desenvolveu uma teoria a respeito. No caso dos pés a conexão é menos óbvia, mas certamente há muitos cavalheiros que vão a encontros amorosos usando sapatos maiores do que precisam. Uma demonstração menos sutil encontra-se nas armaduras medievais, que tinham uma proteção para o pênis — na maioria das vezes em tamanho exagerado, como se pode ver nos museus. Já naquela época a propaganda era a alma do negócio.



Havia exceções. Os gregos antigos achavam deselegante um membro grande. Isso era coisa para sátiros, aquelas criaturas metade homem, metade bode, pelas quais não tinham muito respeito. Aristófanes, autor de comédias até hoje conhecidas (e apresentadas), não hesitava em demonstrar sua preferência pelo pequeno *posthion*, o termo grego para o órgão. E Aristóteles, cujas idéias condicionaram o pensamento médico por vários séculos, tinha uma teoria absolutamente fantástica: homens de pênis grande seriam menos férteis, porque o esperma “esfriaria” ao longo do comprido trajeto.



Tudo isso seria cômico, se não fosse, às vezes, trágico. Há homens, sobretudo jovens, que passam a vida sofrendo por um problema que está mais na cuca do que em qualquer outro lugar. Esta é uma situação em que a régua claramente tem de ser aposentada.

O SONHO DA PSICANÁLISE

Um dia, imaginava Freud, uma placa comemorativa seria inaugurada, com a seguinte inscrição: “Em 1895 foi revelado ao Dr. Sigmund Freud o mistério do sonho”.

Hoje, a descoberta de Freud é homenageada não apenas com placas comemorativas, mas com o triunfo da instituição que ele criou, a psicanálise. Que já não é apenas uma forma de tratamento, mas também uma pujante instituição cultural: conta com milhares de filiados, realiza congressos e encontros e dá origem a uma verdadeira torrente de publicações.

Freud desvendou o mistério do sonho graças à sua sempre implacável lógica. Até então, tinha-se a idéia de que o sonho informava acerca do futuro, de acordo com o modelo bíblico: José interpretando os sonhos do faraó e revelando os sete anos de vacas gordas e os sete anos de vacas magras. Freud deu-se conta de que, ao contrário, o sonho fala do passado da pessoa, e sobretudo dos desejos reprimidos para o inconsciente. O ser humano não é governado unicamente pela razão, segundo a concepção introduzida pela modernidade, mas está à mercê de forças obscuras que podem explodir com violência inesperada — como se fosse um pesadelo. O nazismo veio a demonstrar, para tristeza do próprio Freud, que este raciocínio estava inteiramente correto.



Para minha geração; a psicanálise adquiriu uma importância decisiva. Tínhamos o perfil adequado do analisando: éramos

intelectualizados, carregávamos muitos e pesados conflitos (com os nossos pais, com o *establishment*) e, sendo de classe média, podíamos pagar o tratamento.

Que era revelador, e aliviante. Muitos de nós tínhamos passado pela experiência do comunismo, onde a individualidade é sufocada, mediante a culpa, pelo coletivo. Só quem passou por uma daquelas terríveis sessões de crítica e autocrítica, instituídas pelo estalinismo, sabe o que é isso. A pessoa levantava-se, diante de um grupo, e acusava-se: eu não presto, não valho nada, não passo de um burguês miserável. Lembro-me da primeira vez que ouvi de um analista a frase que equivalia à completa absolvição: tu não tens culpa de nada. Podia até não ser verdade, mas que curava, curava. Os pesadelos do passado davam lugar aos sonhos do futuro. Era agora possível dormir em paz.



Os psicanalistas também dormem. Alguns, inclusive, nas sessões. E por que não haveriam de dormir? Poucas coisas são mais chatas do que um neurótico dando voltas em torno ao próprio umbigo (mesmo que seja um umbigo simbólico), desfiando monotonamente as suas lamentações. É uma espécie de melopéia encantatória: a poltrona vai se tornando cada vez mais macia e, poupado do olhar súplice ou acusador de seu paciente, o analista dorme. E talvez até sonhe.

Com que sonha um analista? Sonha exatamente com aquilo que Freud sonhava: sonha em desvendar o mistério do sonho. Sonha que está ouvindo um paciente que lhe conta sonhos, e que interpreta estes sonhos com a mesma intuição do pai da psicanálise. Sonha que o paciente lhe diz: tu desvendaste para mim o mistério do sonho, és melhor que qualquer José, do que qualquer Prozac.

A psicanálise do sonho realizou o sonho da psicanálise. Um sonho do qual toda a humanidade, de uma maneira ou outra, veio a se beneficiar.

CIRURGIA RADICAL

Farinelli — Il Castrato, filme que conta a trajetória de um cantor castrado do século 18, evoca um tema curioso, e sombrio. A castração, que infelizmente é uma operação relativamente simples (portanto ao alcance de qualquer algoz), era praticada basicamente com duas finalidades: como punição e para adequar a vítima a certas atividades.



O castigo da castração é antigo. Já em 1500 a. C, leis assírias permitiam ao marido que apanhasse a mulher com outro castrar o adúltero. A moda pegou, o exemplo mais famoso, e triste, sendo o de Abelardo, castrado pelo tio de sua amada Heloísa. Ambos entraram no convento e mantiveram, até o fim de suas vidas, uma paixão platônica, traduzida numa comovente correspondência. Castrado foi também Zumbi. O assunto chegou a gerar polêmica: enquanto o líder gay baiano Luiz Mott dizia que tal procedimento era usado em homossexuais, o historiador Decio Freitas mostrava que, ao contrário, tratava-se — mais logicamente — de uma pena para adúlteros.



Castigo bárbaro, sim. Mas não pensem que por causa disso desapareceu: de 1955 a 1975, em San Diego, Califórnia, 397 presos acusados de estupro escolheram, de acordo com a lei, serem castrados — ganhando assim a liberdade. Na Inglaterra, usava-se, com a mesma finalidade, a castração hormonal. E

estamos falando de países civilizados. Que não têm o monopólio da insanidade: no século 19 havia na Rússia uma seita religiosa, os *skoptje*, que se autocastrava para resistir à tentação sexual (estes certamente prescindiam da camisinha).



O candidato número um à castração sempre foi o guardião de haréns, o eunuco (que, em. grego quer dizer “aquele que toma conta da cama”). Neste caso, a “poda” era ainda mais radical: em geral, toda a genitália era retirada. Curiosamente, os eunucos se celebrizaram pela fidelidade a seus donos, o que acabou gerando más idéias em círculos do poder. No Império Bizantino, os nobres castravam alguns de seus filhos; desta forma, eles lutariam para que os irmãos subissem na vida. O caso mais famoso foi o de — acreditem ou não os moradores do bairro porto-alegrense que leva esse nome — João Orfanotrófiu. Eunuco, Orfanotrófiu conseguiu levar ao trono dois de seus irmãos. O primeiro mostrou-se grato, mas o segundo, Miguel V, expulsou-o do reino; não contente, castrou o resto da família.



Quanto aos *castrati* propriamente ditos, tratavam-se de jovens destinados ao canto, sobretudo sacro. No século 18 houve na Itália uma verdadeira mania de castração, a ponto de os barbeiros (os cirurgiões da época) colocarem tabuletas anunciando: “Aqui se castra limpo e barato”. Realizada antes da puberdade, a castração impedia o desenvolvimento dos caracteres masculinos, entre eles a voz grave. Mas, ao contrário do que se pode pensar, muitos *castrati* tinham relações sexuais, sem a capacidade de procriar: *impotentia generandi* mas não *impotentia coeundi*. Sobre o assunto, vale a pena ler o livro de Patrick Barbier, *História dos Castrati*. Lá está a canção composta pelo

castrato Balatri, *Incomincia dal farmi domandare*: “Primeiro ele me pergunta se sou homem ou mulher/ se a gente nasce com esta voz./ Atrapalha-me a resposta:/ Se disser ‘homem’ estou mentindo/ Mulher certamente não sou/ E ‘neutro’ me faria enrubescer”.



Como se vê, um dilema terrível. Que voz alguma, por mais bela que seja, poderia justificar. Quando a Igreja, por fim, proibiu a castração de jovens cantores, a humanidade se deu conta do absurdo a que às vezes chegam as práticas culturais.

MEMÓRIAS DA GONORRÉIA

Advogado, jornalista, escritor, biógrafo de Samuel Johnson e amigo de Voltaire; James Boswell (1740-1795) ocupa duas páginas da *Enciclopédia Britânica*. Vamos lembrá-lo, contudo, não por suas façanhas intelectuais, mas por outra razão, pouco habitual: as suas blenorragias. Não só teve várias (19), como registrou cuidadosamente os episódios em seus diários, o que os torna um precioso documento sobre os costumes e a medicina no século 18.



De família nobre, residente em Edimburgo, Boswell freqüentemente visitava Londres — e foi das prostitutas desta cidade que adquiriu numerosas gonorréias. Nem por isso desistiu do sexo, com o que, claro, disseminava a doença, inclusive entre senhoras casadas. Mas não o fazia sem culpa, e chegou a consultar, a respeito, o filósofo Rousseau, perguntando como poderia expiar sua falta. “Praticando o bem”, disse Rousseau. Uma resposta Compreensivelmente vaga: à época, pouco se podia fazer em termos de doenças sexualmente transmitidas.



Apesar do arrependimento e das uretrites, Boswell não se emendava. Teve outras doenças, incluindo infestação por *Phthirus pubis*, o piolho do púbis, entre nós conhecido, e por boas razões, como “chato”. Mas aí, pelo menos, havia um recurso. Como registrou Boswell em seu diário: *Discovered beasts. Shaved* (Descobri criaturas. Raspei os pêlos) Numa de suas muitas viagens,

foi a Pádua, onde conversou — em latim — com o célebre médico Giovanni Battista Morgagni, pedindo conselhos sobre suas gonorréias. Obteve uma única recomendação: evitar tratamentos violentos. Sensata advertência: à época, a blenorragia era tratada mediante instilação de substâncias cáusticas na uretra, com auxílio de uma seringa: procedimento doloroso e de pouco efeito terapêutico. Mais tarde, Boswell experimentou a chamada Dieta Líquida de Lisboa, uma infusão de guaiaco, que depois de ter sido usado na sífilis continuava popular. Caro, mas ineficaz. Consultou vários médicos famosos, sem resultado. As reinfecções eram freqüentes, apesar de ele já estar casado: “Eu tinha a minha valorosa esposa na mais alta consideração, mas infelizmente era perseguido pela confusa noção de que minhas relações carnavais com prostitutas não interferiam em meu amor por ela”. Margareth Boswell parece ter escapado do gonococo porque o marido se abstinha de ter relações com ela quando estava com uretrite. Tentava também adotar precauções: “Peguei uma mulher no Strand. Tinha intenção de desfrutá-la, mas encouraçado”. Este “encouraçado” referia-se ao uso do condom, que já era conhecido à época; os preservativos dos militares, por exemplo, eram decorados com cores de seus regimentos.



Boswell acreditou ter resolvido o problema quando encontrou Anne Lewis, uma atriz separada do marido, aparentemente não promíscua. Aí sim, tratar-se-ia de “sexo seguro”. Mas então, novo percalço: quando Anne Lewis finalmente consentiu num encontro amoroso, Boswell, ansioso, não conseguiu ter uma ereção. Seguiram-se novas tentativas, e, finalmente, uma relação sexual — seguida de uretrite: Anne Lewis não era tão casta quanto parecia. Boswell escreveu-lhe então uma

áspera e ofendida carta: “Madame, o médico está me cobrando cinco guinéus pelo tratamento da doença que passastes. Devo, portanto, lembrar-vos da quantia que obtivestes de mim há algum tempo. Como não se tratava de pagamento por prostituição nem caridade, espero devolução”.



Boswell veio a morrer com um quadro de insuficiência renal, talvez uma consequência de infecções urinárias, estas por sua vez resultantes do estreitamento uretral. Tivesse nascido 200 anos mais tarde, as drogas anti-infecciosas o salvariam. Conclusão: é melhor ser plebeu com antibióticos do que rico e nobre sem eles.

O MÉDICO DOENTE

“Dost patients assume, dying is something they do, not their physician, that white-coated sage, never to be imagined naked or married” (“A maior parte dos pacientes assume/ que a morte é coisa para eles/ não para o seu médico/ aquele sábio envolto em branco/ que nunca pode ser imaginado/ nu ou casado.”) Os versos do norte-americano William H. Auden (1907-1973), que era filho de médico, reflete uma idéia muito comum: doutor não fica doente. Aliás, também não fica nu, nem casa: médico é assexuado, um sacerdote da medicina, para usar uma expressão comum.



Por vezes, os próprios doutores partilham desta ilusão — pagando um preço por isso. Um estudo feito no Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio) mostrou que 52% dos 200 profissionais que integram o quadro clínico tinham algum problema cardiovascular. E como se tratavam? A maioria recorria à automedicação.

A situação é tão freqüente que mereceu um artigo no *New England Journal of Medicine*. Quando o médico por fim aceita que está doente, diz o autor (Peter M. Marzuk, da Cornell University), sente-se embaraçado e culpado — como se, de alguma maneira, tivesse fracassado na sua sagrada missão: ignorou a própria dor, o próprio sofrimento.



Médicos têm dificuldade em tratar colegas. Perguntas

referentes ao uso de álcool, de drogas, aos costumes sexuais podem ser muito embaraçosas, nesta situação. E o problema do médico pode ser um caso “bruxo”, difícil. É óbvio: as doenças mais simples, o próprio doutor-paciente cura. Se ele recorre a um colega, é porque a situação já se tornou desafiadora.

Recorrer a um colega tem implicações — às vezes, armadilhas. Lembro de um médico que mostrou aos residentes e estudantes do hospital uma radiografia, perguntando qual seria o diagnóstico. Nenhum deles teve dificuldades em fazê-lo: era um câncer muito avançado. Depois que todos formularam prognósticos sombrios, alguém se lembrou — por fim — de perguntar quem era o paciente de quem a radiografia fora obtida.

— Eu — foi a seca resposta do médico. E foi embora, deixando os jovens com aquilo que deve ter sido o maior sentimento de culpa da vida deles.



Tudo aquilo que não me mata me faz crescer, disse Nietzsche, e esta frase se aplica também à doença dos médicos. Quando o doutor consegue finalmente assumir que está doente, quando ele consegue orientar-se na massa de informações sobre a doença que, queira ou não, receberá, verá que a enfermidade pode ser uma experiência transcendente. Muitos médicos falam da mudança que neles se opera depois de uma situação de risco: aumenta a sua tolerância, a sua compreensão, a sua sabedoria. E por isso que Michel de Montaigne (1533-1592) disse: “Os bons médicos são aqueles que tiveram as doença que se propõem a tratar”.

Sabiam disso os velhos tisiólogos, vários dos quais eram, ou tinham sido, tuberculosos. Daí tiravam a coragem para enfrentar uma doença contagiosa e, até há pouco, sem tratamento eficaz. A

doença era, nesse caso, uma pré-condição para o exercício — humano — da medicina.



O alquimista, de Giovanni Stradano

LITERATURA E MEDICINA: DOZE OBRAS INESQUECÍVEIS

Além do território da emoção humana, médicos e escritores também compartilham um instrumento comum: a palavra. É claro que nos dois casos a atitude é diferente. O médico avalia a emoção, o escritor utiliza-a como matéria-prima. O médico vê na palavra um recurso terapêutico, o escritor parte dela para a criação artística. Há momentos, porém, em que literatura e medicina se superpõem. Escritores escrevem sobre doença. Médicos procuram dar uma forma literária a seu trabalho. Esta superposição se torna mais visível quando o escritor se torna médico ou quando o médico vira escritor.



Não é uma situação rara. Todos nós podemos lembrar, sem muito esforço, médicos que também são escritores. Apenas para ficarmos com os já falecidos, evitando portanto injustiças, podemos citar, no Brasil, Dyonelio Machado, Cyro Martins, Guimarães Rosa (que depois optou pela diplomacia); e, além-mar, Anton Tchekov, Somerset Maugham, e Louis-Ferdinand Céline. Céline, aliás, é também um exemplo de como o artista e o médico podem ter mau caráter: anti-semita e nazista, foi julgado e condenado quando da libertação da França.



Por que os médicos escrevem? Esta é uma pergunta que admite mil respostas. Médicos escrevem, em primeiro lugar,

porque são alfabetizados — uma condição que, até há algum tempo, não incluía muita gente, ao menos no Brasil. Médicos escrevem também porque são pessoas cultas, com acesso à literatura. Médicos escrevem porque têm histórias a contar: raramente os seres humanos se revelam tanto como quando estão num consultório ou num hospital. E, finalmente, médicos escrevem por causa da angústia que deles se apossa diante da responsabilidade da profissão. Obviamente, isso nem sempre resulta em boa literatura: todo escritor é um angustiado, mas nem todo angustiado é um escritor. Escrever não é só desabafar, requer o domínio de uma técnica literária. Mas quando um médico escreve bem, podemos ter obras-primas, como é o caso dos contos de Tchekov. Que, entre parênteses, era excelente médico. Ele dizia que a medicina era sua esposa e a literatura, a amante. Pelo visto, atendia bem às duas.



A literatura muitas vezes se inspirou na doença e na figura do médico para nos dar algumas obras magistrais. E muitos jovens buscaram a profissão influenciados pelo trabalhos dos escritores. Os meus preferidos? Aqui estão doze deles:

A Montanha Mágica, de Thomas Mann, escrito numa época em que a tuberculose ainda era tratada em sanatório (como aconteceu com a mulher de Mann). Como todo grande escritor, Thomas Mann usa a doença para mergulhar na condição humana, porque, como ele mesmo diz, “a doença nada mais é que a paixão transformada”.



A Morte de Ivan Ilich, de Tolstoi, uma curta e dilacerante novela sobre um homem que, morrendo de grave doença, enfrenta a hipocrisia e a indiferença de médicos e familiares.

Arrowsmith, de Sinclair Lewis, uma irônica descrição dos bastidores da ciência.

O Dilema do Médico, peça teatral de Bernard Shaw, cujo prefácio é uma das melhores análises sobre a mercantilização da medicina (“Pagar a um cirurgião pelas pernas que amputa da mesma forma que se paga a um padeiro pelos pães que faz é acabar com toda a racionalidade”).

O Doente Imaginário, de Molière, também uma peça de teatro, também satírica.

A Cidadela, de A. J. Cronin, lacrimosa história de um jovem médico. Fez tanto sucesso, que levou vários jovens à Faculdade de Medicina.

Doctor's Stories, de Williams Carlos Williams, grande escritor que, como pediatra, trabalhava em bairros pobres de sua cidade nos Estados Unidos.

Olhai os lírios do campo, de Erico Veríssimo, também sobre a comercialização da medicina.

O Alienista, de Machado de Assis, notável sátira à psiquiatria autoritária do fim do século 19.

Tenda dos Milagres, de Jorge Amado, sobre os racistas médicos da Bahia no começo do século.

A Peste, de Camus, e *O amor nos tempos do cólera*, de Garcia Márquez: ficção nascendo das pragas.



Obras importantes. Deveriam figurar no currículo médico, junto com os manuais clássicos.

OS ELEVADORES TÊM OUVIDOS

“O que quer que eu ouça, em caráter profissional ou privado, guardarei em segredo e não contarei a ninguém.”

Pergunta: por que Hipócrates, suposto autor da frase acima (que faz parte do juramento médico), conseguia manter o segredo?

Resposta: porque ele não andava de elevador.



Esta é, pelo menos, a conclusão que se tira de um estudo publicado em *The American Journal of Medicine*, importante revista médica dos Estados Unidos, com o sugestivo título de “Conversa de Elevador: estudo de observações feitas sobre comentários inadequados num espaço público”. O doutor Peter A. Ubel e seus colaboradores, todos da Universidade de Filadélfia, colocaram quatro pessoas a andar nos elevadores de cinco hospitais. Depois de 259 viagens eles tinham colhido material suficiente para permitir uma conclusão: fala-se demais nos elevadores. Em 13,9% das viagens os agentes secretos da ciência haviam escutado pelo menos um comentário inadequado. Na maior parte das vezes tratava-se de violação do segredo médico; por exemplo, o nome de algum figurão baixado no hospital. Às vezes, hospitalização dá *status*, mas altos executivos ou políticos não gostam de ser identificados como doentes; basta ver a confusão em que se meteram alguns candidatos americanos. Thomas Eagleton, que estava na chapa junto com George McGovern em 1972, teve de renunciar quando se descobriu que havia sido hospitalizado por

depressão. Em matéria de depressões, devem pensar os americanos, já bastam as da economia.



Outros comentários foram rotulados como “não profissionais”. Exemplo: queixas de trabalho excessivo ou de mau pagamento: “Para ver o meu contracheque, só com uma lente”, disse um dos médicos (que não era brasileiro, é bom lembrar). Os pacientes também não escaparam; de um deles, muito elegante, disse um médico: “É o senhor Christian Dior”. Os autores recomendam que os profissionais de saúde tenham cuidado com o que dizem em público. É uma conclusão óbvia, mas que poderiam dizer? Que — como o inglês da anedota, que tirou da sala o sofá no qual a mulher o traía - sejam interditados os elevadores? Subir escadas, além de proporcionar exercício físico, deixa as pessoas sem fôlego para falar (inclusive, e principalmente, da vida alheia). Seria até vantajoso — mas médicos precisam de seu fôlego. Para o trabalho, claro.

EXERCITANDO O CÉREBRO

Esquecimento é quando a gente não sabe onde deixou a chave do carro. Alzheimer é quando a gente encontra a chave, mas não sabe para que serve.

O crescente número de piadas sobre a doença de Alzheimer apenas traduz o nosso oculto temor diante da enfermidade, temor que resulta não apenas das características do Alzheimer — o esquecimento, a confusão, o distúrbio de conduta —, mas também do fato que pouco se sabe sobre as causas e sobre o tratamento do quadro descrito por Alois Alzheimer, e que tem sido exaustivamente estudado.



Existe alguma característica em nossas vidas que permita prever, precocemente, uma predisposição para o Alzheimer? Provavelmente, como sugerem os resultados de uma fascinante pesquisa publicada nos Estados Unidos. As pessoas observadas foram freiras, o que não deve surpreender: os registros da vida religiosa por vezes conservam-se ao longo de décadas ou mesmo de séculos. É possível estudar tendências populacionais e padrões de mortalidade com base em arquivos paroquiais.

Para os fins do estudo, as religiosas foram divididas em dois grupos, as que apresentavam Alzheimer e as que estavam livres do problema. Vários dados de cada grupo foram investigados, e um chamou a atenção: as redações escolares feitas pelas freiras que mantinham a lucidez por longos períodos eram muito melhores, tanto do ponto de vista sintático como da sofisticação das idéias.

Um achado que deve, no entanto, ser interpretado com cautela. É possível que o Alzheimer já esteja presente muito mais cedo do que se pensa, explicando assim o desempenho intelectual menos satisfatório.



Mas também é possível que o exercício das funções intelectuais atue como preventivo para a doença. Sempre se disse que o cérebro não é como um músculo que se conserva e se desenvolve pela atividade. Este estudo, porém, levanta dúvida sobre esta assertiva. Será que a atividade intelectual não conduz à formação de conexões neuronais que aumentam a nossa capacidade de raciocínio, de atenção?

Em relação à prática da composição: como escritor, e não apenas como médico, fico feliz com o inesperado prestígio conferido a essa atividade pelo trabalho realizado com as religiosas. Escrever talvez não evite uma temível doença, mas que beneficia as pessoas, não há dúvida. Só falta convencer os alunos.

A GLÓRIA DA INSÔNIA

“Macbeth matou o sono, o inocente sono... bálsamo das mentes doridas.” É um elogio indireto do sono que Shakespeare faz, em Macbeth. O sono do qual o culpado Macbeth passa a ser privado é um castigo que equivale ao suplício de Tântalo: assim como a mitológica figura não podia comer os frutos que fugiam à sua aproximação, o rei assassino não poderia conciliar o sono, mesmo com as pálpebras já pesando, como chumbo, sobre seus olhos. Dormir é essencial, e nada pode substituir as horas passadas nos braços de Morfeu. A partir de certa idade, diz Proust, todo prazer exercido à custa do sono torna-se um fastio: a pessoa “continua a conversar por polidez, mas sabe que é passada a hora em que ainda poderia adormecer, e sabe as censuras que dirigirá a si mesma no decurso da insônia que se seguirá”.



“O gentil sono”, de que falava Shakespeare, corresponde a múltiplas necessidades do ser humano. Uma delas é a necessidade fisiológica: precisamos, mediante o repouso, recarregar nossas baterias mentais. A outra necessidade é de natureza psicológica, emocional: necessitamos de sono, diz Freud, porque necessitamos sonhar, transformar as nossas angústias e ansiedades, que muitas vezes nos perseguem desde a infância, em imagens fantásticas (e exatamente porque fantásticas, inofensivas). A privação do sono se acompanha de impressionantes distúrbios, tanto de natureza orgânica como psicológica. É preciso, portanto, que a pessoa esteja muito fora de

seu normal para que não possa dormir. É, novamente, de Shakespeare (pelo jeito, um obcecado pelo tema), a magoada pergunta formulada em Henrique IV: “Ó sono, que motivo de espanto em mim descobres, para as pálpebras não me vires cerrar, nem mergulhares meus sentidos no olvido?” Ou seja: a insônia é um espanto.



Mas não deixa de ser extraordinário que algumas mentes privilegiadas consigam se beneficiar de sua insônia. Um exemplo é Thomas Edison. Quando a gente visita Menlo Park, em New Jersey, mostram-nos o enorme gabinete em que Edison trabalhava, junto à sua biblioteca, ao laboratório e à gigantesca oficina (ele era tanto inventor quanto industrial). E ali está, num cantinho, a estreita cama em que descansava, diz-nos o guia, não mais que duas ou três horas por noite. O resto do tempo era dedicado ao trabalho, um trabalho do qual resultaram coisas que vão da lâmpada elétrica ao fonógrafo.



Um outro insone famoso era o filósofo Emil Cioran. Em textos autobiográficos, ele nos descreve como, por causa da insônia, perambulava pelas ruas, pensando nos textos que depois viria a escrever.

Mas estas são exceções. A maioria das pessoas, chegando a noite, adormece o sono dos justos (às vezes na frente da tevê). Ou então, procura solução para o problema da insônia. Como Cioran existem poucos. Felizmente. Porque um dos livros que escreveu se chama *A inutilidade de ter nascido*. Convenhamos que ficar acordado noite após noite para escrever uma obra de título tão deprimente não parece exatamente um bom negócio.

NINHOS VAZIOS

Na depressão pós-parto, os fatores biológicos (hormônios e outros) desempenham um papel importante, mas isso não reduz os aspectos simbólicos desta freqüente e melancólica situação, que fala não apenas de um problema da mulher, mas de nossa fragilidade como seres humanos. Diziam os antigos que a natureza padece de um *horror vacui*, o horror do vazio. Pois a nós o mesmo mal aflige. Precisamos preencher os nossos vácuos interiores. Uns o fazem com comida, outros com bebida, outros com leituras, mas nada disso tem a transcendência da gravidez. Grávida, a mulher está, como diz a linguagem popular, cheia. Essa plenitude não elimina a inquietação, pois a vida que nasce está envolta em mistério, um delicioso e assustador mistério. Contudo, o próprio mistério preenche espaço. O feto é um estranho no ninho, sim, mas um estranho adorável, com direitos adquiridos e incontestáveis.



Surpreende a comparação entre o útero e um ninho? Não deveria. Demonstra-o a própria linguagem médica: ela diz que o ovo é fecundado ainda no útero. E, como os ovos dos pássaros nos ninhos, ali permanecerá até o momento em que se romper o frágil envoltório que separa a vida, digamos, virtual da vida — digamos — real.



Uma ruptura que não se faz sem traumas. A criança que

nasce é uma continuidade da mãe, mas é, principalmente, um ser autônomo. Ocupará um lugar na sua vida, mas deixará, na escura noite do ventre, um espaço não preenchido, uma perplexidade. Um dilema hamletiano acomete a jovem mãe: é meu ser, este, ou é outro ser? Se é outro ser, onde está o meu ser? E daí a depressão, a mesma depressão que acometeu o príncipe da Dinamarca.

E que se repetirá ao longo da existência. Volta e meia encontraremos o ninho vazio. Na adolescência de nossos filhos, por exemplo, é a visão da cama não desfeita — às 5h da manhã — que nos atormentará. Mas, cedo ou tarde, o adolescente volta para casa, quem não volta são os filhos que casam e saem para constituir um novo lar. O que fica no ninho vazio, no quarto que eles já não ocupam? Roupas que não mais querem, fotos antigas, livros que não podem ser levados, porque o apartamento do casal é — como todos os apartamentos de jovens casais — pequeno. Neste ninho vazio, pai e mãe (mais mãe do que pai) passarão horas, sentados na cama, com olhar perdido, lembrando a infância do filho e da filha.



Mas a natureza, que tem horror ao vácuo, é sábia e provê soluções. Os netos preenchem a lacuna na vida do casal que não mais tem os filhos em casa. E a jovem mãe acaba se recuperando da depressão pós-parto que, felizmente, é um problema passageiro e benigno. Breve os cuidados com o bebê estarão exigindo sua atenção. Um mandato que decorre do misterioso instinto da preservação da espécie, mas sobretudo um mandato de amor, antídoto para qualquer depressão.

A VOLTA DO VELHO DOUTOR

Na Tate Gallery, em Londres, há um famoso quadro do século 19, muitas vezes reproduzido em publicações médicas. É de Sir Luke Fields, e foi pintado depois que o artista passou pela penosa experiência de doença em sua família.

O quadro mostra o interior de uma humilde casa. No primeiro plano, deitada, está uma criança, evidentemente enferma. Ao fundo, os pais, que são a imagem mesma do sofrimento resignado. Uma lamparina está acesa, iluminando a cena, mas por uma janela entreaberta vemos que a madrugada começa a raiar. Finalmente, sentado junto à menina, está o personagem principal de Fields, o médico — que, obviamente, passou ali toda a noite. Com o queixo apoiado na mão, ele sonda o rosto da pequena paciente, em busca de sinais de melhora.



Sob muitos aspectos esta cena poderia ser rotulada como um anacronismo. Afinal, o médico ficou em vigília junto à pequena paciente porque não tinha outra coisa a fazer. A época, eram raras as situações em que a medicina curava enfermidades. Isso só mudou em meados deste século, quando os antibióticos vieram revolucionar a terapêutica. O médico de Luke Fields está ali inerme, sem recursos para enfrentar a doença.

Mas a verdade é que ele está ali. E isso é o que faz dele um médico. Porque curar não é só liquidar micróbios ou corrigir distúrbios metabólicos. A palavra *curar* vem de um termo latino

que quer dizer *cuidar*. E é exatamente o que o velho doutor de Fields faz: ele cuida da paciente, cuida da família.



Paradoxalmente, foi o progresso da ciência médica que trouxe de volta esta figura. A superespecialização, vista como necessária resposta ao acúmulo de conhecimentos e de técnicas, falha num ponto: quando se trata de organizar a assistência à saúde da comunidade. Nesta, o generalista desempenha um papel essencial: não apenas resolve a maior parte dos problemas (que são, na verdade, relativamente simples) como encaminha adequadamente os casos que não pode resolver.

E a família é a unidade básica para este doutor. Ainda que a família esteja em crise, como se tem repetidamente anunciado, todas as estruturas sociais que a substituem, desde os grupos hippies até as uniões gays, acabam funcionando como célula familiar.

Atuar nesta célula é hoje uma especialidade médica, que exige conhecimentos de antropologia, de sociologia, de psicologia social. O moderno médico de família, sendo um generalista, é também um especialista. Mas ele é, sobretudo, o médico retratado por Luke Fields, que volta do passado para dizer que medicina, ao fim e ao cabo, é a arte e a ciência de cuidar da humanidade.

A DOLOROSA VITÓRIA SOBRE A DOR

“Prezado senhor: estou escrevendo para informar que descobri um preparado que, inalado por uma pessoa, coloca-a em estado de sono profundo ao cabo de uns poucos momentos. A duração do sono pode ser regulada à vontade. Nesse estado, o paciente pode ser submetido às mais drásticas operações cirúrgicas ou dentárias; não sentirá a menor dor. Aperfeiçoei o referido preparado, e meus representantes assegurarão os meus direitos sobre ele.”

Esta carta de Thomas Morton evoca um importante acontecimento na história da medicina. A 16 de outubro de 1846 Morton ministrou éter a um paciente operado de um tumor no pescoço pelo famoso doutor John Collins Warren, um dos fundadores do Massachusetts General Hospital. Era a culminância de uma longa trajetória, desta verdadeira batalha que o ser humano trava contra a dor.

Até meados do século 19 as operações eram feitas praticamente a frio. Na prática, o único recurso para aliviar o sofrimento do paciente era a bebida alcoólica. Então, surgiram quatro nomes que fizeram a história da anestesia. Os quatro eram, não por coincidência, norte-americanos: à época os Estados Unidos começavam a se tornar o centro mundial de excelência para a medicina.



Os primeiros momentos desta frenética empreitada estão ligados ao óxido nitroso. O gás hilariante, como era conhecido,

tornou-se uma grande atração em espetáculos públicos. Um cartaz de então promete que, inalando o óxido nitroso, os interessados “rirão, cantarão ou brigarão, de acordo com o traço dominante de seu caráter”. Motivo pelo qual o gás era administrado só a “senhores de grande respeitabilidade”. Em 1844, o dentista Horace Wells foi assistir a uma dessas demonstrações. Sob o efeito do gás hilariante, um dos voluntários feriu acidentalmente a perna, mas aparentemente não sentiu qualquer dor. Impressionado, Wells submeteu-se, como cobaia, a uma extração dentária com óxido nitroso. Um colega arrancou-lhe um molar sem o menor problema. Antes disso, Crawford W Long, estudante de medicina na Universidade de Filadélfia, já se havia interessado pelo óxido nitroso e também pelo éter. Chegou inclusive a operar um paciente de dois cistos no pescoço, mas, modesto, não divulgou a sua descoberta.



Wells associou-se a seu ex-aluno Morton. E aí começam os incidentes que balizaram o caminho da anestesia. A primeira demonstração feita por Wells, numa extração dentária, revelou-se desastrosa: a quantia de anestésico foi insuficiente, o paciente queixou-se de dor. Wells saiu dali desmoralizado: foi obrigado até a vender a clínica. Morton, como se viu, teve mais êxito, e procurou de imediato assumir a paternidade do procedimento. Wells tentou o mesmo em Paris. Seu fim foi trágico. Preso em Nova York sob a acusação de ter atirado ácido em prostitutas, viciado em clorofórmio (outro anestésico com o qual fez experiências), acabou se suicidando. Doze dias depois chegou a carta na qual a Sociedade de Medicina de Paris reconhecia-o como descobridor da anestesia.



Morton continuou lutando pela patente. Com isso atraiu a fúria da Associação Médica Americana, que denunciou sua “conduta desonrosa”. Em 1868, passeando de charrete com a esposa no Central Park, em Nova York, subitamente atirou-se no lago, saiu dele, jogou-se contra uma cerca, bateu com a cabeça numa estaca e veio a morrer de hemorragia cerebral. Charles Thomas Jackson, o químico que o ajudou no uso de éter e que é o quarto nome na história da anestesia, foi ao cemitério e leu no túmulo de Morton a inscrição: “Inventor da Anestesia”. Isso deixou-o tão perturbado que acabou recolhido a um hospício, onde morreu. Quanto a Long, faleceu vítima de um acidente vascular cerebral, que ocorreu enquanto fazia um parto. “Cuide primeiro da mãe e da criança”, disse à atendente, antes de tombar inconsciente sobre o leito da paciente. Que tinha sido anestesiada com éter.



É profundamente paradoxal o fato de que estas pessoas, dedicadas a aliviar o sofrimento de seus semelhantes, tenham tido fim trágico. Mas também não é difícil entender o motivo: já então começava a comercialização que marcaria uma parte da trajetória médica. Não é, portanto, coisa do destino: não há caveira de burro na história da anestesia, uma das maiores invenções médicas. Mas há mortes anunciadas quando os propósitos científicos dão lugar a interesses secundários. Se uma paciente sofre um problema anestésico durante uma intervenção cirúrgica de indicação duvidosa, a culpa não é da anestesia. A culpa é dos falsos valores que às vezes se apossam de nós como o óxido nitroso se apossava das pessoas nos palcos americanos. O que nada tem de hilariante.

FASCÍNIO MÚLTIPLO

Rômulo e Remo, Castor e Pólux, Cosme e Damião: através dos tempos, os gêmeos tiveram um papel importante na história e, sobretudo, no imaginário das pessoas. Em primeiro lugar porque, ao menos no passado, correspondiam a um fenômeno inesperado. Lembro de um parto que ajudei a fazer na Maternidade Mário Totta. O primeiro bebê tinha nascido, era um menino, e o trabalho parecia estar terminado, quando o obstetra disse: esperem um pouco, parece que vem mais alguma coisa por aí. Logo em seguida, outro menino. A expressão da mãe, mulher jovem e muito pobre, era de grata surpresa e, ao mesmo tempo, de alarme: criar dois filhos simultaneamente não é fácil.



A reação desta parturiente é a de todos nós. Os gêmeos nos maravilham e nos perturbam. Correspondem àquela “temível simetria” de que fala William Blake no poema *O Tigre*. Mais, correspondem à projeção de uma fantasia, a fantasia de que temos dentro de nós um clone virtual: o “outro”, sobre o qual Jorge Luis Borges tanto escreveu. O outro nos segue, nos observa, nos vigia. E o *doppleganger* dos alemães, o *vardoger* dos suecos — o nosso lado obscuro, a personificação de nossas ambivalências, que em certas ocasiões se torna visível. O poeta Shelley viu seu duplo pouco antes de morrer. E um filme com Jeremy Irons, em que os gêmeos eram médicos (ginecologistas, significativamente), ilustra bem o temor de que o duplo possa assumir o controle da situação.



Não é de admirar que, para muitas culturas, os gêmeos sejam considerados pessoas dotadas de poderes extraordinários. São numerosas as crenças a respeito: em dia nevoento, basta que um gêmeo atire farinha para o ar para que a neblina se dissipe; gêmeos não se afogam, gêmeos não se perdem em caminhos desconhecidos. Para os antigos romanos, o nascimento de gêmeos era sinal de bênção divina sobre o patrimônio da família (não esquecendo que, nas sociedades rurais, as crianças eram mão-de-obra barata — duplicada no caso de gêmeos). Daí a homenagem que as crianças gêmeas recebem ou recebiam: no Daomé, eram levadas ao mercado e ganhavam doações de todos os que lá expunham seus produtos à venda. Mas, para aqueles que não querem aumentar a família demais, há truques para evitar o nascimento de gêmeos: as grávidas não devem, por exemplo, comer frutas geminadas ou múltiplas, como as uvas.



Já a medicina e a psicologia olham os gêmeos com interesse científico. Eles representam a melhor oportunidade para estudar as bases genéticas do comportamento. As diferenças entre gêmeos monozigotos, que nascem de uma única célula-ovo, devem-se exclusivamente a fatores ambientais. Já os gêmeos dizigotos não diferem muito dos irmãos comuns. A diversidade entre eles tem a ver com o meio ambiente e também com a hereditariedade. Assim se descobriu, por exemplo, que a inteligência tem um componente hereditário, mas que os fatores ambientais nela desempenham papel importante: gêmeos criados em ambientes diferentes terão a inteligência condicionada pela herança — e pelo tipo de educação que receberem.

As similaridades entre os gêmeos provavelmente explicam a

expressão “alma gêmea”. Aquela pessoa que tem os mesmos gostos, as mesmas inclinações do que nós. É uma expressão que homenageia os gêmeos. E que diminui um pouco o incômodo que para eles (ou elas) a generalizada curiosidade deve representar.

A POLÍTICA DA GENÉTICA

A idéia de que a felicidade possa ser genética representa apenas o mais recente episódio na agitada trajetória de uma ciência que, desde o seu início, teve forte conotação política. Tudo começou quando o religioso Gregor Mendel, talvez seguindo o conselho de Voltaire (“cultive o seu jardim”), resolveu se dedicar a uma horta de ervilhas. E aí observou que a cor das ervilhas dependia das plantas que eram cruzadas. Ou seja, que esta característica era hereditária.



As ervilhas de Mendel serviram de ingrediente para um prato que a muitos parecia saboroso e a outros, pelo contrário, azedo. Uma questão fundamental emergiu: biologia é ou não destino? Não se trata de mero debate científico ou intelectual. Se a hereditariedade manda nas pessoas, então aquilo que os seres humanos podem fazer para melhorar a inteligência ou outras qualidades é limitado. Na luta de todos contra todos, da qual falava o filósofo Hobbes, há muitos que já nascem derrotados.

Pode-se imaginar que para os socialistas e comunistas tais idéias representavam não apenas uma afronta, como um perigo. Sugeriam que a humanidade estaria irremediavelmente dividida em duas categorias: os que têm inteligência, e capacidade, e poder — em suma, os mais aptos — e aqueles que estão condenados a percorrer o caminho da servidão.



Durante algum tempo, esta polêmica ficou no terreno do bate-boca. Então, quando os comunistas assumiram o poder na falecida União Soviética, encarregaram cientistas de provar que hereditariedade não é destino. As ervilhas de Mendel dariam lugar a um outro prato, bem mais palatável, chamado transmissão hereditária dos caracteres adquiridos. Por exemplo, o filho de um camponês pode ter inteligência limitada, devido a séculos de opressão e de marginalização. Mas, se ele for adequadamente educado, os seus dotes intelectuais passarão para a prole, e com o tempo o proletariado todo será inteligente.



Propósito generoso, mas não muito bem-sucedido. A descoberta dos genes mostrou que a hereditariedade tinha de fato um substrato material, biológico. A genética avançou de forma avassaladora, enquanto a biologia soviética recuava.

O que não é necessariamente uma boa notícia. Mexer com genes, ao menos no estado atual, é muito mais complicado do que mexer na cabeça das pessoas. Pior: a idéia de que genes possam ser patenteados por corporações e usados para fins comerciais sugere um cenário que nem mesmo Orwell e Huxley nas suas sombrias obras de antecipação, *1984* e *Admirável Mundo Novo*, imaginaram.

Mas isso não é uma inevitabilidade. A genética é ainda uma ciência nova, e seu rumo pode ser modificado para melhor. A primeira coisa que temos a fazer é conhecer a real situação de nosso equipamento hereditário, e o Projeto Genoma é um grande passo neste sentido. A segunda coisa é adotar uma legislação que coloque tal conhecimento ao alcance da comunidade como um todo.



Há um componente genético na felicidade? Talvez sim, sugerem os estudos de gêmeos. Mas além desse componente genético há um componente social, existencial. Nos genes é difícil mexer. Mas viver melhor com outras pessoas é uma coisa que está ao alcance de qualquer um. E não é preciso estudar a cor das ervilhas para isso.

TEMOR E TREMOR

Temor e tremor é o título de uma famosa obra filosófica do dinamarquês Søren Kierkegaard. Título inspirado, porque alude à dimensão existencial de uma situação comum mas sempre perturbadora. O que desconcerta e às vezes assusta, no tremor, é o fato de que se trata de um movimento sem propósito, descontrolado. E nós tememos tudo o que não podemos controlar, especialmente quando se trata de movimento. Das catástrofes naturais o tremor de terra é seguramente o mais assustador. Em segundos, e conforme a intensidade do fenômeno, viadutos desabam, edifícios desmoronam como se fossem castelos de cartas, pessoas são esmagadas: uma evidência das forças que continuam a agir no interior do planeta, tão obscuras quanto as misteriosas alterações que se processam em nosso organismo e que, em um instante dado, nos fazem tremer.



Nem sempre o tremor é desagradável. O adolescente que treme ao ver a namorada não fica alarmado: ao contrário, sabe que este tremor indica a profundidade e a autenticidade de suas emoções. Também não se assusta o violinista que, ao pressionar as cordas do instrumento, vê tremerem seus dedos — ele está apenas sintonizado com a composição que executa. Sua vibração corresponde às vibrações musicais.

É diferente, porém, quando o tremor resulta de uma situação que não pode ser considerada normal, como acontece com as doenças neurológicas. É então que os músculos passam a

se mover independentemente do controle da vontade. Uma situação tanto mais penosa quando se trata do tremor das mãos. Porque às mãos devemos, tanto quanto ao cérebro, a nossa humanidade. Quando a mão se tornou um instrumento preênsil, o homem saiu da categoria dos primatas comuns e se tornou o *Homo faber*, capaz de manejar uma clava ou um delicado instrumento de precisão.



Como a paralisia, o tremor coloca em cheque esta capacidade. Diferente da paralisia, porém, que se traduz na imobilidade ominosa, o tremor configura um movimento sem propósito, um movimento de vaivém, de *avoid-approach*, de aproximação e afastamento, que evoca a dúvida existencial: faço ou não faço, devo ou não devo? Uma dúvida que se traduz na tradicional história do rei que deve assinar uma sentença de morte, mas não está seguro da justiça do ato: na hora treme-lhe a mão, ele vira o tinteiro sobre o documento. O destino deu o seu veredicto: o monarca absolve o acusado.

Nem sempre o tremor assume tal significado, porque nem sempre temos controle sobre o destino, dos outros ou de nós mesmos. Trememos e tememos, porque, reis ou não, somos simplesmente humanos. Como o caniço de Pascal, oscilamos sob o impacto de forças que não conseguimos controlar. Mas, diferentes do caniço de Pascal, é possível pensar, podemos buscar a causa de nossos males e sobre eles atuar. E transformar um caniço em uma vara de pescar e assim arranjar o nosso sustento. O que, convenhamos, não é pouco.

ESTÁ NA CARA

Quando Deus marcou Caim na testa, estava ensinando à humanidade uma lição e ao mesmo tempo fazendo uma advertência. Que é a seguinte: o rosto é o espelho de nossa existência. De nossas culpas, como no caso do ressentido Caim, de nossa angústia, de nossa tristeza, de nossas alegrias. O tempo vai escrevendo na face a história de nossa existência, é uma escrita complexa, mais difícil de decifrar que os hieróglifos egípcios. Mas é uma escrita que fala de nós. E que portanto precisa ser compreendida.



As rugas. São o resultado da constante movimentação de nossa face, esta mímica que, tanto quanto a razão e a emoção (e expressão destas), nos faz humanos. As rugas horizontais: a testa franzida de espanto, de estranheza. As rugas verticais: a testa vincada pela contrariedade, pela raiva, pelo desgosto. Dentro da pele, as fibras que, quando nascemos estão intactas e se traduzem na aparência lisa e uniforme, vão aos poucos se rompendo. Ruptura é o tema de nossa existência. Rompe-se o cordão umbilical, rompe-se o nosso elo com a infância, rompem-se os vínculos familiares, às vezes, os vínculos matrimoniais. E a ruptura deixa marcas.



Não só os embates da existência provocam rugas. O fumo, por exemplo, também o faz. Há tempos sabia-se que a pele dos

fumantes tende a se tornar enrugada. Pensava-se, porém, que isto fosse efeito da fumaça — daquelas caretas que as pessoas às vezes fazem quando fumam. Mas é pior. O fumo solapa a pele por dentro: minúsculos vasos sangüíneos se contraem e o colágeno, essa gelatina que mantém a nossa aparência, sofre. Resultado: mais rugas. Má notícia para os fumantes. E má notícia para a indústria do fumo, que vinha apostando no público feminino e no público jovem em geral em suas campanhas publicitárias. Às mulheres e aos adolescentes o cigarro era apresentado como um símbolo de auto-afirmação. Não: é um destruidor da beleza. E uma muda acusação: olhar as próprias rugas no espelho e pensar que elas correspondem aos agravos e às alegrias da vida é uma coisa. Olhar as rugas e pensar que elas derivam de um hábito danoso é outra. Os problemas causados pelo cigarro não aparecem apenas nas tabelas estatísticas ou nos obituários. Eles estão na cara. Lembrando constantemente às pessoas que vale a pena fazer um esforço quando a recompensa é uma vida melhor. Mais lisa, pelo menos.

O QUE, MESMO, É DOENÇA?

Em 1851, falando diante da Associação Médica de Louisiana, o famoso doutor Samuel Cartwright chamou a atenção de seus colegas para uma doença que, segundo ele, grassava entre a população negra dos Estados Unidos, à época composta de escravos. Essa enfermidade, que atendia pelo pomposo nome de drapetomania, tinha uma única característica: o escravo atingido por ela ficava possuído de uma incontrollável vontade de fugir do senhor. E escravo fujão, para a mentalidade escravocrata, só podia ser escravo doente.



Esta historinha traz à baila uma questão que não é tão infreqüente: o que é, mesmo, doença? Ninguém tem dúvida de que câncer é uma doença: compromete dramaticamente o organismo da pessoa, pode levá-la à morte. E ninguém tem dúvida de que uma voz desagradável, para citar outro exemplo, não chega a ser enfermidade. Podemos não gostar de certo tipo de voz, mas ninguém é obrigado a ser Maria Callas. Mas isso são os extremos. Entre estes, há uma espécie de terra de ninguém, uma região de limites imprecisos, em que o critério de doença está ligado à mentalidade corrente, ou, o que é mais sinistro, à situação política. A psiquiatria soviética estava cheia de tristes, e ilustrativos, casos. Gente que se opunha ao regime e que, recebendo um diagnóstico qualquer, análogo à drapetomania, era sumariamente trancafiada nos hospitais psiquiátricos. A lógica atrás disso era a seguinte: o governo quer o bem-estar de todos os

cidadãos. Quem se opõe ao governo só pode estar sofrendo de um distúrbio psiquiátrico. Veredicto: hospício. Uma situação semelhante à que Joseph Heller descreve no famoso *Catch 22*. Ambientado à época da II Guerra, este romance descreve uma base aérea da qual partiam missões virtualmente suicidas: poucos eram os pilotos que retornavam com vida. A única forma de escapar à convocação era recorrer ao psiquiatra da base. Que explicava aos pilotos: “Vocês só podem evitar as missões se provarem que estão loucos. Mas se vocês querem escapar das missões, é porque estão com o juízo preservado — e portanto têm de voar”. Este era o *Catch 22*, um argumento do qual ninguém escapava.



Nos anos da ditadura, alguns médicos brasileiros prestaram serviços aos torturadores. A missão deles era manter os prisioneiros em condições de saúde que permitissem a tortura. Estar sadio, no caso, era pré-condição para o suplício, para as lesões, para a morte, às vezes. Ou seja, uma adaptação do *Catch 22* aos tempos da repressão.

Podemos imaginar que tratamento também recebiam aqueles que queriam fugir. Afinal, drapetomania é uma doença séria. Às vezes, para curá-la, só liquidando o paciente.

TROCANDO MÚTUAS, E SECRETAS, FARPAS

Uma anedota que circula nos meios médicos americanos — provavelmente nos vestiários de hospital e nos corredores de congressos — é significativa de um aspecto escassamente conhecido da vida profissional. A piada segue a fórmula de responder a uma pergunta, do tipo quantas pessoas são necessárias para trocar uma lâmpada (“Quantos tolos são necessários para trocar uma lâmpada? Três: um para segurar a lâmpada, dois para fazer girar a escada onde ele está. Quantas mãos judias são necessárias para trocar uma lâmpada? Nenhuma: a mãe judia prefere ficar no escuro, chorando.”) No caso, a questão é: como esconder uma nota de US\$ 100 de um médico? Respostas: em se tratando de clínico, não é preciso esconder. Ele ganha tão pouco que nem sabe como é uma nota de US\$ 100. Em se tratando de um cirurgião, é só colocá-la dentro de um livro — um objeto do qual ele não chega nem perto. Em se tratando de um anestesista, tem de se pôr a nota na sala de operações: ele nunca vai lá. Finalmente, se for um psicanalista, é inútil esconder a nota: ele tem um tal faro que vai encontrá-la onde estiver.



É anedota, mas conta uma história, à história da relação entre especialidades, uma relação que é de colaboração, mas não exclui os pontapés por baixo da mesa. Entre clínicos e cirurgiões, há uma antiga rivalidade. Na história da medicina, a clínica surgiu primeiro. Hipócrates, por exemplo, era clínico: olhava, raciocinava, diagnosticava, fazia prognósticos. Intervenções sempre foram

necessárias, obviamente, mas eram reservadas a outras profissões. Na Idade Média e no começo da Idade Moderna, eram os barbeiros que se encarregavam delas, sobretudo da sangria, que era um procedimento usado em muitas situações caracterizadas pelo excesso, pela “pletora”, de sangue. Os doutores precisavam dos barbeiros, mas nem por isso os respeitavam: aquilo não era ocupação que requeresse inteligência. Os cirurgiões, que tomaram o lugar dos barbeiros, herdaram essa posição e o correspondente estigma. Durante muito tempo, na Inglaterra, “*doctor*” era o clínico. O cirurgião só podia ser tratado como “*mister*”. Os cirurgiões se vingavam, dizendo que os clínicos pensavam muito, mas resolviam pouco.



Outras especialidades também eram olhadas com zombaria, quando não com hostilidade. A psicanálise, citada na piada, é um caso de reversão de expectativas. No começo marginalizada pela psiquiatria clássica, adquiriu *status*, sobretudo após sua penetração nos Estados Unidos — e os honorários, que na época de Freud eram até modestos, subiram proporcionalmente.

Para concluir, e já no começo falamos em congresso: um médico está chegando a um congresso da profissão. Vê carrões de luxo estacionados e pensa: “Hum, aqui há anestesistas”. Vê mais carrões, porém não tão luxuosos, e acrescenta: “E também há cirurgiões”. Depois vê carros médios, comuns, e conclui: “Os clínicos vieram”. Por fim, vê bicicletas: “E aqui estão os pesquisadores”. A pergunta é: quais são os médicos que andam a pé? Não poucos, com a crise que acomete a profissão.

O INIMIGO EM NÓS

Num curso sobre doenças crônicas, o professor nos fez uma pergunta perturbadora mas muito pertinente: de que enfermidade vocês prefeririam morrer? A maioria optou por um enfarte do miocárdio. A pergunta seguinte, que doença vocês prefeririam não ter, igualmente recebeu uma resposta quase unânime: câncer.



Não é difícil entender as razões de tais escolhas. Doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito entre nós, mas têm um aspecto misericordioso: freqüentemente são rápidas e indolores. Fulano foi dormir e acordou morto, era a macabra piada que usávamos na Faculdade de Medicina. O câncer é diferente. O câncer é lento. Ele é — como os espiões — insidioso. E, finalmente, ele é desmoralizante. O estado geral decai, o emagrecimento é evidente. Os efeitos da quimioterapia não contribuem para melhorar esse quadro.

No passado, o papel desempenhado pelo câncer correspondia às doenças transmissíveis, especialmente a tuberculose, como nota a escritora Susan Sontag num livro que ficou famoso, *A Doença como Metáfora*. A pessoa igualmente definhava, e a morte era quase certa. Mas a tuberculose, paradoxalmente, não desmoralizava o paciente. Doença febril, acompanhava-se de uma espécie de exaltação orgânica e emocional, inclusive com aumento da libido. A pessoa viveria pouco, mas viveria intensamente, como a Dama das Camélias.



As doenças transmissíveis foram, em grande parte, controladas graças à imunização e aos antibióticos. Com isso, aumentou a expectativa de vida e, conseqüentemente, o risco de outras doenças — o câncer, sobretudo. Mas, diferente das doenças infecciosas, aí não há nenhum inimigo externo, nenhum micróbio que possamos demonizar. Há fatores externos envolvidos na gênese do câncer, e o fumo é um exemplo, mas mesmo estes são mediados por nosso organismo. O câncer, e de novo a analogia com espiões vem à mente, é uma doença da informação. Recebendo uma mensagem enganosa, as células se reproduzem de modo anárquico. O câncer é, pois, uma doença pós-moderna. Se a tuberculose emergiu nas grandes aglomerações urbanas resultantes da Revolução Industrial, o câncer corresponde à era da informática: num disquete podem estar os segredos capazes de destruir civilizações.



Mas esse Godzilla interior não precisa nos pegar desprevenidos. Há muita coisa que podemos fazer para evitar e tratar o câncer. O estilo de vida é, como sabemos, fundamental: dieta adequada e evitar riscos ambientais e o fumo são coisas que ajudam muito. Em termos de terapêutica, a medicina avança sem cessar. As novas drogas agora anunciadas são um passo importante nessa verdadeira guerra. Seguramente, o século 21 marcará a derrota do câncer, como o século 20 marcou a derrota da tuberculose. E talvez não precisemos mais nos colocar dúvidas angustiantes sobre a causa de nossa morte.

CIÊNCIA E VIGARICE

Em 1996, um professor de física da Universidade de Nova York, Alan Sokall, publicou, na revista *Soda/ Text*, um artigo intitulado *Transgredindo as Fronteiras: para uma Hermenêutica Transformativa da Gravidade Quântica*. Sob esse imponente título, ele agrupava — propositadamente — um monte de baboseiras sem sentido que, no entanto, foram consideradas “ciência” pelos editores. Pode-se imaginar o que rendeu o assunto — em termos de gozação, claro.



Ciência ou falcatrúia? Este é um dilema crucial — e constante. Na década de 20, Serge Voronoff, médico russo radicado em Paris, propôs um tratamento revolucionário: o rejuvenescimento do organismo mediante transplantes de testículo de macaco. Hoje se sabe que o procedimento não tem o menor efeito, mas, à época, causou verdadeira sensação. Um dos transplantados foi o escritor Anatole France, que não hesitou em dar um entusiasta testemunho: “Vinte e três dias depois do enxerto tive uma ereção — o que me surpreendeu, pois há dez anos era impotente” — impressionante declaração, naquela época pré-Viagra.

No caso de Anatole France a volta da libido sem dúvida se devia ao fator psicológico, mas Voronoff recorria também a provas supostamente objetivas. Mostrava, com fotos tipo “antes e depois”, os efeitos rejuvenescedores de sua terapia em idosos; mas o

pretensso rejuvenescimento resultava de maquiagem bem feita, como se descobriu depois. A terapia do macaco acabou caindo em desuso.



Em busca de projeção estava também o investigador William T. Summerlin, membro do respeitado Instituto Sloan-Kettering. Em 1973, Summerlin começou a fazer afirmações surpreendentes. Disse que havia transplantedo córneas humanas em coelhos sem rejeição alguma. E disse também que havia transplantedo pele de ratos pretos em ratos brancos mediante um novo procedimento. Chegou a mostrar os animaizinhos a outros cientistas. Só que a pele “transplanteda” não passava de uma mancha preta feita com tinta. O grosseiro engodo resultou em escândalo de proporções. A direção do instituto teve de mandar Summerlin para tratamento psiquiátrico.



O que leva um cientista famoso a se comportar como o aluno malandro que copia a prova do colega? Várias coisas. Em primeiro lugar, cientistas não são imunes à vaidade, e às vezes procuram a glória sem olhar conseqüências. Depois, existe a pressão das instituições: é preciso descobrir constantemente coisas novas, e a torrente de medicamentos que invade o mercado é prova disso. Finalmente, ciência é negócio, e negócio muito lucrativo. Existe até uma piada judaica a respeito. Qual a diferença entre a esposa não-judia e a esposa judia? A primeira diz ao marido: vai à farmácia e compra Viagra, a segunda ordena: vai à Bolsa e compra ações da Pfizer (fabricante do Viagra). De fato, nas primeiras semanas depois do lançamento da droga, as ações da companhia farmacêutica subiram 20%.



É uma tentação grande para as almas fracas que se escondem atrás de cérebros privilegiados. Se tudo que se faz necessário é pintar manchas num camundongo ou escrever um artigo — por que não tentar? Em ciência, como no jeitinho brasileiro, às vezes vale a fórmula SCC: se colar, colou.

DROGA: A COMPREENSÃO É INSTRUMENTO DE AJUDA

Há doenças ou problemas de saúde que inevitavelmente despertam nossa solidariedade ou até nossa compaixão. É impossível não se comover diante da visão de uma criança com asma. É impossível não ajudar um deficiente visual que, com sua bengala, tenta atravessar uma rua movimentada. A nossa identificação com o sofrimento ou com a dificuldade é, nesses casos, imediata e total.



Em compensação, há situações igualmente graves ou penosas que não despertam uma reação solidária. Sabemos que a obesidade pode ser um grave problema de saúde, mas a nossa atitude, nesses casos, é dar de ombros: problema dele, ou dela. A mesma coisa diante de um etilista. A mesma coisa diante de um drogado. Quando da guerra do ópio, com a China, as tropas britânicas que invadiram aquele país mataram centenas de viciados sem a menor complacência (a própria palavra “viciado”, aliás, tem uma conotação condenatória). E todos conhecem a fúria que os fumantes atualmente despertam.



Atrás dessa postura há razões psicológicas. O que há de comum entre fumo, álcool, excesso alimentar e maconha? Em todos os casos, trata-se de gratificação oral (mesmo quando a porta de entrada não é a boca — caso da cocaína — funciona a

oralidade). É o primeiro tipo de gratificação que o ser humano experimenta na vida, e portanto o mais primitivo. É exatamente isso que nos irrita: essa regressão infantil. Aborrece-nos ver a pessoa abdicar de sua condição de adulto, renunciar à participação nos embates da existência para se gratificar com comida. Não temos nenhuma paciência com essas pessoas. E é por isso que o problema da droga, em nossa sociedade, é basicamente uma questão de polícia, de repressão. Como foi o caso da Lei Seca, nos Estados Unidos, ou como foi o caso da proibição do chocolate no começo da era moderna.



Só que essa atitude é contraproducente. De nada adianta dar lições de moral a um dependente de droga (ou de fumo, ou de álcool). O problema não é moral, é psicológico e é químico. Também não adianta combater o tráfico. Os Estados Unidos vêm fazendo isso há anos, com um enorme gasto de recursos, com perda de vidas — e sem resultados apreciáveis. Melhor seria usar todo esse esforço e todo esse dinheiro em clínicas que pudessem ajudar os pacientes.

Encontramos o inimigo, disse Pogo, herói de história em quadrinhos, e o inimigo era nós. O nosso preconceito, a nossa ira, o nosso moralismo, tudo isso só serve para nos afastar de pessoas que precisam desesperadamente de ajuda. Entender o dependente é o primeiro passo para auxiliá-lo.

DEZ HISTÓRICAS SUPERSTIÇÕES SOBRE SEXO

O sonho da razão engendra monstros, disse Goya. E fantasias também, acrescentou Freud. Agora, nada para criar fantasias, belas ou monstruosas, como o sexo — porque nada proporciona campo mais fértil para a imaginação, sadia ou doentia. Ao longo da história da humanidade, as pessoas pagaram um triste tributo a fantasias que, ao fim e ao cabo, representam a punição pelo pecado original, o pecado que consiste em descobrir prazer em algo que, na maioria das espécies, serve tão somente para a reprodução. Aqui está uma lista de dez históricas fantasias ligadas ao sexo e à vida sexual.

❖ *A fantasia do útero voador:* os antigos acreditavam que o útero era não parte da anatomia feminina, mas uma criatura dotada de vida própria, que poderia sair do corpo da mulher, voando em busca da criança que depois iria nascer.

❖ *A fantasia do afrodisíaco infalível:* uma substância que foi procurada desde a antigüidade em ostras, em insetos (cantárida, por exemplo) e em alimentos variados. Algumas dessas coisas devem ter funcionado: nada como a auto-sugestão.

❖ *A fantasia do pênis pequeno:* pouca coisa incomoda tanto os adolescentes. Há quem procure médico para solucionar o problema. Que na verdade nem é tão problema. Esse é um caso típico do “tamanho não é documento”. A paixão faz o serviço.

❖ *A fantasia do ovário perigoso:* no século 19, a histeria das

mulheres era freqüentemente atribuída a um excesso de funcionamento ovariano. Muitos ovários foram assim retirados das pacientes. Uma lição de humildade para a medicina.

❖ *A fantasia do rejuvenescimento:* vários métodos foram propostos, desde a injeção de extrato testicular de animais até a novocaína, esta preconizada por uma médica romena chamada Ana Aslan, que enriqueceu com o método. A vigarice médica é um curioso, e ainda não bem estudado, capítulo da história do comunismo.

❖ *A fantasia do clitóris perigoso:* justificativa para a clitoridectomia, ainda praticada em muitas culturas, e que precisa ser urgentemente erradicada.

❖ *A fantasia sobre o vento e a gonorréia:* era muito difundida na campanha gaúcha a idéia de que urinar contra o vento causava gonorréia. Considerando a falta de latrinas e considerando a freqüência com que sopra o minuano, não era difícil explicar o surgimento da doença.

❖ *A fantasia da tábua do vaso:* poucas coisas são tão perigosas, segundo essa fabulação. Pela tábua do vaso, se transmitiria a gonorréia. A tábua do vaso poderia até causar gravidez.

❖ *A fantasia das impressões sobre a grávida:* “Comi morango enquanto estava grávida, então meu filho nasceu com isso aí”. *Isso aí:* uma lesão vascular longinquamente semelhante à fruta. A necessidade de encontrar explicações persegue as pessoas.

❖ *A fantasia do cabaré das normalistas:* essa é uma homenagem ao folclore porto-alegrense (mas também foi registrada em Curitiba pelo escritor Dalton Trevisan). Segundo a lenda, haveria na cidade um cabaré freqüentado só pelas jovens e deliciosas alunas do curso normal, um lugar cujo endereço uns

poucos choferes de praça conheciam. Nada mais parecido à Ilha da Fantasia.

AS ARMADILHAS DA MEMÓRIA

Funes, o memorioso, personagem de Jorge Luis Borges, tem um drama: não consegue esquecer. Como a memória de um computador, o seu cérebro registra tudo, obedientemente. Funes gostaria de dar à sua cabeça algum repouso, e esquecer, mas não pode — tem de lembrar.



Quase todos nós teríamos inveja de Funes — ou dos políticos, cuja memória é quase sempre privilegiada. Eu até diria que a memória faz o político, e não o contrário. Às vezes, é preciso recorrer a truques para manter a imagem de memorioso. Tancredo Neves, quando não lembrava o nome de um eleitor, abraçava-o e comandava-lhe baixinho ao ouvido: “Me diz o teu nome”. Em seguida, saudava-o, mas desta vez chamando-o, em alto e bom som, pelo nome antes esquecido. Um outro mineiro, José Maria Alkimin, uma vez dirigiu-se a um eleitor perguntando pelo pai. “Meu pai morreu há muito tempo”, foi a constrangida resposta. Ao que Alkimin replicou: “Morreu para ti, filho ingrato. Para mim, ele continua vivo”.



O fato é que as pessoas não perdoam ser esquecidas. O poeta Ferreira Gullar, que sofre de uma amnésia só comparável a seu talento, contou-me um par de histórias muito ilustrativas, ambas ocorridas em sessões de autógrafos. Na primeira delas, viu na fila dos autografandos alguém cujo nome ele deveria lembrar —

mas não lembrava. A fila ia encurtando, e o homem se aproximando, sem que ele recordasse quem era. Em desespero, deixou a mesa dos autógrafos, atravessou correndo a rua, entrou no bar em que estava sua mulher e pediu-lhe que ela identificasse o leitor. O que ela, felizmente, fez (as mulheres são a salvação dos escritores desmemoriados). No segundo incidente, e talvez por estar sozinho, Ferreira Gullar já não teve tanta sorte. A sessão de autógrafos era em sua cidade natal, São Luiz do Maranhão, e ali, na fila, estava alguém muito importante para ele — o diretor de seu antigo jornal. Só que o poeta olvidara o nome desse cavalheiro e foi obrigado a confessá-lo em público. O homem mirou-o friamente e disse:

— Você não lembra agora, que ficou famoso. Quando você precisava de mim, não esquecia meu nome.



Qualquer escritor pode contar muitas histórias assim. E elas certamente faziam parte da experiência de Jorge Luis Borges. Que, pelo menos, tinha uma inescapável desculpa: cego, não era obrigado a recordar as pessoas.



Não é de admirar que muitas técnicas tenham sido desenvolvidas para estimular a memória. No início da era moderna, houve uma verdadeira mania mnemônica, segundo notou a historiadora inglesa Frances Yates. Ainda hoje não faltam nas prateleiras das livrarias, sobretudo norte-americanas, livros que ensinam a lembrar tudo, de rostos a nomes. Isso sem falar nos medicamentos que supostamente resolvem o problema (os fosfatos gozaram desta reputação por algum tempo). Mas o grande salto está sendo dado com o estudo do substrato anátomo-fisiológico da memória. Ali reside a grande esperança daqueles que

não são o Funes ou políticos mineiros. É um desejo legítimo: queremos lembrar e queremos ser lembrados. “*Read, do not let me die*”, escreveu a poeta Edna St. Vincent Milay: leia-me, não me deixe morrer. O que nós dizemos é: lembrem-me, não me deixem morrer. A memória (dos outros) nos dá a ilusão da imortalidade. Agora, o que mesmo vamos fazer com a imortalidade? Deve haver uma resposta para essa pergunta, mas acho que ela está meio esquecida.

O PRIMEIRO CIGARRO A GENTE NÃO ESQUECE

Diz uma propaganda que o primeiro sutiã a gente não esquece (não esquece quem o veste, e não esquece quem o tira). O mesmo pode ser dito, e por razões semelhantes, em relação ao cigarro. É uma experiência em geral precoce — e marcante. Como no caso do sutiã, tem um pouco do delicioso sabor da transgressão.



Delicioso sabor, disse eu? Disse-o mal. Poucas coisas são tão repugnantes quanto o primeiro cigarro. É uma experiência penosa, para dizer o mínimo. Nós nos engasgamos com a fumaça, ficamos tontos, nauseados, às vezes vomitamos as tripas. Ou seja: o nosso organismo não aceita a introdução das substâncias estranhas, e perigosas, que entram na composição do cigarro. Não faça isso, diz o nosso organismo, você está correndo riscos.



Mas nós não escutamos a voz do corpo. Nós perseveramos. Vamos ao segundo cigarro, ao terceiro, ao décimo, ao centésimo. E lá pelas tantas o organismo dá-se por vencido e deixa-se aprisionar. Mais um escravo do tabaco surge.

A grande questão é: por que insistimos? E é uma questão pertinente. Vamos supor que o cigarro fosse uma coisa desconhecida, e que alguém surgisse com essa estranha coisa, um cilindro de papel contendo fumo, convencendo-nos a experimentar. Depois de fazê-lo, não teríamos dúvida em rejeitar

essa coisa desagradável.

Mas muitos se tornam fumantes. Passam pelos primeiros cigarros como muitas pessoas passam por dolorosos ritos de iniciação que incluem amputação de partes do corpo ou tatuagens. O primeiro cigarro é o nosso ingresso no mundo dos adultos, o mundo da pretensa sofisticação. É pois uma vitória da cultura sobre a biologia. Cultura no sentido antropológico, bem-entendido, no sentido de costumes de determinados grupos. Há muitos anos, em Porto Alegre, um publicitário disse uma frase jactanciosa: foi a publicidade, garantiu, que ensinou as pessoas a fumar.



O exemplo mais evidente é o do charuto. Mesmo depois de o cigarro se tornar símbolo de elegância, o charuto continuava pária. Nos Estados Unidos, era considerado coisa de gângster. A indústria resolveu mudar essa imagem. Os fotógrafos dos grandes jornais foram convencidos a 1) não mostrar mais bandidos com charuto e 2) fotografar, ao contrário, gente charmosa fumando “puros”. Quando Ingrid Bergman apareceu num filme elogiando homens que apreciam charutos, ficou claro que daí em diante a sociedade teria de aceitar esse hábito. Que nem mesmo Fidel Castro rejeitou.



Muitos tratamentos foram bolados para fazer com que as pessoas deixem o tabagismo. Um deles é a terapia de aversão. Consiste em fazer as pessoas fumarem um cigarro atrás do outro de modo a sentirem um mal-estar semelhante àquele induzido pela primeira tragada. Ou seja: trazer de volta a criança que temos dentro de nós, agora mais sábia e alerta. Essa criança garantirá que o primeiro cigarro a gente não esquece. Principalmente se ela

for agora um adulto *com* câncer de pulmão.



Frontispício do *De humani corporis fabrica*, Vesalius

GAUCHISMO E CHIMARRÃO

O McDonald's está em todo o mundo, a Coca-Cola também, mas o chimarrão continua sendo autenticamente gaúcho. A pergunta é: por quê? Por que não aconteceu com a erva-mate o mesmo que com o café e o tabaco, transformados em *commodities* globais? Exatamente por isso, porque o chimarrão não é cômodo. A térmica dispensa o fogo e o trempe, mas, de qualquer modo, preparar a infusão continua requerendo um elaborado ritual, muito mais elaborado do que extrair um cigarro do maço e acendê-lo. Não houve maneira de industrializar o chimarrão como foi feito com o café, com o cacau, com o tabaco e até mesmo com a cocaína. Sim, há o chá de mate, e é uma bebida agradável, mas é uma coisa bem diferente. A cultura do chimarrão é uma cultura artesanal. Mais do que isso, ela não está associada a nenhum dos valores da sociedade competitiva, de consumo. Café e coca são estimulantes, o cigarro, ao menos em uma época, foi símbolo de *status*, o chocolate era até considerado afrodisíaco. O modesto mate não tem essa aura. E verdade que ganhou fama de diurético, mas, com a quantidade de água que se toma, teria de ser diurético mesmo, e, além disso, quem precisa urinar tanto?



Por outro lado, pesou sobre o chimarrão a suspeita de que estivesse associado ao câncer de esôfago. Isso, felizmente, não se confirmou. Os fumantes que tomam mate estão mais sujeitos à doença, mas isso se deve à soma de efeitos da água quente e das

substâncias cancerígenas do tabaco. Se for o caso, é preciso largar o cigarro. O que seguramente será um benefício.

Não é preciso atribuir ao mate poderes medicamentosos. Seu mérito é de outra natureza: congrega as pessoas, estimula o sentido de camaradagem. O que tem óbvios benefícios emocionais.

Num mundo ameaçado pela homogeneização, a cultura gaúcha, teimosamente, gloriosamente, sobrevive. O que é muito bom. Identidade é algo a ser preservado, inclusive por se tratar de componente importante da saúde mental. Melhor tomar chimarrão do que recorrer aos psicotrópicos como forma de preencher o vazio existencial.

GRAVIDEZ E FANTASIAS

Que a gravidez resulta da fecundação do óvulo pelo espermatozóide todo o mundo sabe, e parece uma coisa óbvia. Mas a obviedade é recente. Por milênios, a humanidade tentou explicar o que acontecia entre o momento do ato sexual e o parto. E aí recorreu à fantasia tanto quanto à racionalidade, mesmo porque a fantasia é uma forma de racionalidade. Tanto no folclore como em antigos tratados supostamente científicos abundam as lendas e as suposições sobre a gestação. Na Nova Guiné, acreditava-se que uma serpente pode engravidar a mulher. Isso talvez corresponda à pérfida imagem do ofídio, imagem que a Bíblia se encarregou de consagrar, ou ainda à forma fálica da serpente (o sibilo — *pssst* — ainda é manobra clássica de atrair a atenção de uma mulher) ou, como quer Carl Sagan, à arcaica rivalidade entre répteis e mamíferos. De qualquer maneira, a crença se disseminou. Entre os Tchowké, de Angola, coloca-se uma serpente esculpida em madeira sob a cama, para assegurar a fecundação, e os nossos guaranis costumavam bater com uma cobra nas ancas da mulher com o mesmo propósito.

Isso em relação aos chamados povos primitivos. Mas os cultos gregos não eram melhores. Platão achava que o esperma descia do cérebro até os testículos, por ele considerados “depósitos”, e Aristóteles pensava que a fecundação resultava da mistura do esperma com a menstruação, “resíduo que atingiu o grau máximo de elaboração”.



Em 1677, um holandês chamado Van Leeuwenhoek, que era comerciante de tecidos e usava uma lupa para examinar os artigos que comprava e vendia, teve a idéia de colocar lentes num tubo para assim multiplicar seu poder de aumento. Através deste rudimentar microscópio viu no esperma uma multidão de criaturinhas “mais numerosas do que os habitantes dos Países Baixos”. Essa descoberta, contudo, não chegou a esclarecer o enigma da fecundação. Pensava-se que o espermatozóide continha um ser humano em miniatura, o homúnculo, que era “plantado” no útero. Só mais tarde, quando o óvulo foi visualizado, o mistério foi finalmente esclarecido.



E medicalizado. Com seus espéculos, seus microscópios, seus colposcópios, sua ultra-sonografia, os médicos estavam cada vez mais em condições de acompanhar a gravidez — e de, em certa medida, gerenciá-la. Aquilo que era um processo fundamentalmente natural passou a ocorrer no cenário do consultório e do hospital. Com grandes benefícios, diga-se desde logo. A mortalidade da mãe e da criança, que podia ser muito grande, diminuiu dramaticamente. Mas exageros também ocorreram. No Brasil, mais de um terço dos partos são resultado de cesárea, um excesso condenado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina. Não é um problema exclusivamente nosso. Nos Estados Unidos, preconiza-se a volta da enfermeira obstétrica para cuidar do parto normal, ficando as complicações reservadas aos especialistas. É preciso devolver ao parto o seu lado natural — sem as fantasias do passado.

COMO CRIAR UMA TERAPIA ALTERNATIVA

Na farmácia, enquanto aguardava o aviamento de uma receita, fiquei olhando os folhetos afixados num grande placar e me convenci: a globalização funciona. O Brasil tem hoje tudo o que a chamada medicina alternativa oferece num país como os Estados Unidos. Nesta área, somos Primeiro Mundo. E é bom isso? Se a medicina alternativa não cura, é o argumento, pelo menos não prejudica.

Mas não é essa a questão que interessa agora. Lendo os anúncios, dei-me conta de que as terapias apregoadas têm muita coisa em comum. Se alguém quiser criar uma terapia alternativa — mas espero que isso não seja tomado como sugestão —, deve atentar para o seguinte:

1 — Escolha um nome sugestivo. Há dois tipos: os que parecem científicos, como é caso da orgonioterapia criada por Wilhelm Reich (que consistia simplesmente em enfiar a pessoa numa caixa), ou ainda bioenergética, ou ainda terapia craniossacral. O segundo tipo corresponde às denominações orientais: *reiki*, *feng shui*. Oriental é bom porque tem fama de misterioso.

2 — É bom que essa terapia tenha surgido num lugar remoto. O *breema*, por exemplo, apareceu numa vila situada entre o Irã e o Afeganistão. Atualmente não é exatamente um local saudável, ao menos para quem não é fundamentalista, mas em épocas remotas a imagem deve ter sido melhor. A distância tem a

vantagem de criar certo mistério e também evita investigações incômodas. Atenção, porém: mesmo que a terapia tenha vindo da Ásia, é bom que faça um estágio nos Estados Unidos, para receber a bênção da modernidade e, neste caso; a Califórnia é o lugar ideal.

3 — A terapia tem de ser antiga: pelo menos mil anos. As coisas consagradas pelo tempo impõem respeito.

4 — Pela mesma razão deve haver um mestre, de preferência oriental, pelas razões citadas acima. Um ancião de barbas brancas e nome impronunciável é o ideal. A foto dele, de preferência autografada, deve estar afixada em lugar visível.

5 — Para divulgação, nada melhor do que conseguir clientes conhecidos. Atores ou atrizes de tevê são ideais, porque dão mídia e, além disso, estão sempre mudando de terapia, de modo que não é difícil atraí-los para uma novidade. Cláudia Raia, por exemplo, recomenda o *reiki* como uma terapia “redonda” (bom termo. Veja-se a popularidade da expressão “desce redondo”).

6 — Os honorários têm de ser compensadores, mas não podem ser muito elevados. Os clientes alternativos têm mais entusiasmo do que grana, exceção feita aos milionários desesperados.



Outros segredos eu poderia ter descoberto. Infelizmente, a receita ficou pronta e tive de ir embora. Mas, para começar, acho que esses seis pontos já representam um bom impulso.

O ELOGIO DA PREGUIÇA

Os monges medievais temiam todos os pecados, mas temiam particularmente a acídia, por eles chamada de “demônio do meio-dia”: aquele amolecimento que as pessoas experimentam quando o sol está a pino, sobretudo depois de uma lauta refeição. Outras tentações podiam ocorrer então, porque a preguiça — o nome vulgar da acídia — é, como sabemos, a mãe de todos os vícios. A cultura judaico-cristã sempre foi marcada por uma veneração ao trabalho. A Bíblia ordena que nos miremos no exemplo da formiga que, diferentemente da cigarra, dá duro o ano inteiro. A Reforma protestante passou a valorizar ainda mais a atividade produtiva e passou a integrar, como diz Max Weber, a ética do capitalismo. No começo da Revolução Industrial, os operários chegavam a trabalhar 14 horas por dia, e isso era considerado normal, ao menos pelos patrões. A fanática devoção ao trabalho foi incorporada por outras culturas. Os japoneses sequer têm uma palavra para designar lazer. Ainda em 1939, quando a semana de 40 horas já era regra na maioria dos países ocidentais, os japoneses trabalhavam em média 10 horas ao dia, seis dias na semana.



Nem todos consideram o trabalho uma bênção. Paul Lafargue, que tinha a revolução na família — era genro de Karl Marx —, escreveu o livro que dá título a este artigo: *O Elogio da Preguiça*. Um dia, diz Lafargue, a máquina libertará o homem para

que este possa se entregar à felicidade proporcionada pelo lazer. Idéia semelhante defendia o filósofo Bertrand Russel em um ensaio de título parecido: *O Elogio do Lazer*. O socialismo não chegou a realizar tais sonhos — onde foi implantado, os operários passaram a trabalhar mais, não menos (verdade que não era bem o socialismo imaginado por Marx, mas enfim). De qualquer forma, porém, a jornada de trabalho foi diminuindo, criando um problema: o que fazer com o tempo livre? Surge então algo que é uma contradição em termos: a indústria do lazer. Ou seja: alguns trabalham para que outros se divirtam. Disneyworld, por exemplo, emprega milhares de pessoas.



Os trópicos tinham uma visão diferente do trabalho. O índio brasileiro jamais se submeteria à dura rotina laborai. Todas as tentativas neste sentido foram inúteis. Se as árvores lhe davam os frutos, se os rios lhe davam os peixes, se as matas lhe davam a caça, por que haveria o indígena de ganhar o pão com o suor de seu rosto? A esta tese o movimento modernista brasileiro aderiu com entusiasmo. Ah, que preguiça, exclama a todo instante o *Macunaíma* de Mário de Andrade. E Oswald de Andrade, autor do *Manifesto Antropofágico*, atualmente na crista da onda, defende o ócio, “que não é a negação do fazer, mas ocupar-se em ser o humano do homem”. Na verdade, havia aí um componente aristocrático. Os nobres desprezavam o negócio, o *nec otium*, o não-ócio, este ócio sendo considerado o estado natural para uma pessoa de sangue azul. Os primeiros conquistadores da América que vinham para cá em busca de riqueza e da nobreza que essa riqueza pudesse comprar eram taxativos a respeito: não vim para trabalhar, dizia Cortés, vim para conquistar. Durante muitos anos intrigou-me o hábito que têm algumas pessoas de deixar crescer a

unha do mínimo de uma forma que a mim parecia grotesca. Depois dei-me conta: aquilo era um indicativo de que o portador de tais unhas não usava as mãos, não era um trabalhador manual, um “colono” como se dizia, pejorativamente, em certos círculos brasileiros. Mas esta postura arcaica acabou, e com razão, indo para o saco. O ócio já não estava com nada.



A ciência veio, afinal, a dar alguma razão aos que defendem o repouso. A descoberta do relógio biológico, mecanismo orgânico que regula a alternância entre repouso e atividade, mostra que o lazer é necessário, e que a preguiça pode ser a expressão de nosso corpo reclamando um necessário descanso. Temos, sim, de trabalhar, mesmo porque o trabalho representa a marca que deixamos no mundo (e o contracheque no fim do mês, para aqueles que não estão desempregados). Mas chega um momento em que, como diz o poeta Ascenso Ferreira, a ordem é: “Pernas pro ar, que ninguém é de ferro”.

DOCE PROBLEMA

Três dos quatro sabores têm conotação não de todo agradável, como o comprovam as metáforas que usamos a respeito. Uma conta salgada é aquela que nos parece excessiva. Uma pessoa azeda é uma pessoa com a qual não gostamos de conviver, e o mesmo se pode dizer de uma pessoa amarga. Mas, quando dizemos que uma pessoa é doce, fica bem claro que se trata de um elogio, e de um elogio emocionado, porque parte de remotas e ternas lembranças: o primeiro sabor que nos recebe no mundo é o gosto adocicado do leite materno, e dele lembraremos pelo resto de nossas vidas. A paixão pelo açúcar é uma constante em nossa cultura; a cana foi, aliás, uma das primeiras riquezas brasileiras. O açúcar é fonte de energia, uma substância capaz de proporcionar um instantâneo, ainda que modesto, “barato”, que reconforta nervos abalados: água com açúcar é dos calmantes mais antigos. Algumas pessoas têm até aquilo que os americanos chamam de *craving for sugar*, um desejo por açúcar que, às vezes, as faz sair de casa tarde da noite para comprar doces ou chocolate, tal como outros saem para comprar cigarro (açúcar é menos nocivo). É paradoxal, portanto, a existência de uma doença em que o açúcar está ali, em nossa corrente sangüínea, mas não pode ser utilizado pelo organismo por falta de insulina. É a doçura inflacionada, a riqueza desperdiçada. As células imploram pelo açúcar que não conseguem receber, e que sai, literalmente, na urina.



O diabetes é conhecido desde a Antigüidade, sobretudo porque é uma doença fácil de diagnosticar: as formigas se encarregam disso. Há séculos sabe-se que a urina do diabético é uma festa para o formigueiro. Também não escapou aos médicos de outrora o fato de que a pessoa diabética urina muito e emagrece. “As carnes se dissolvem na urina”, diziam os gregos. Mas o conhecimento terminava aí. Pouco se podia fazer em termos de terapia, uma situação que mudou radicalmente quando os canadenses Banting e Best, nos anos 20, usaram pela primeira vez a insulina.

Conheci numerosos diabéticos, tratei vários deles. Trata-se de uma observação puramente pessoal, mas eram pessoas simpáticas, bem-humoradas, ainda que um pouco desconcertadas diante da doença. Desconcertadas embora, muitas comiam doce às escondidas da família.

Diabéticos famosos, não faltam. Diabético foi um dos mais conhecidos humoristas brasileiros, Aparicio Torelly, o Barão de Itararé. Diabético foi o poeta norte-americano James Dickey, a quem devemos um bem-humorado poema sobre um dos sintomas da enfermidade:

*Uma noite eu tive a sede de um príncipe
depois a de um rei
depois a de um império,
e a de um mundo em fogo.*

O reinado desse príncipe e desse rei — e esse império, esse mundo — não resistiriam a um pouco de insulina. Mas é melhor ter saúde do que reinados, impérios ou mundos em fogo.

A SEMÂNTICA DA VELHICE

Quando a expectativa de vida era baixa — e ainda no século 19 não passava de 35 anos em Liverpool, Inglaterra —, velhice era uma distinção. Chegar a uma idade provecta significava não apenas aptidão biológica, mas até bravura, sem falar em sabedoria. Os velhos eram os depositários do conhecimento, que, obviamente, não era muito. Hoje o conhecimento, vastíssimo, está nos computadores, ao alcance de qualquer adolescente. A expectativa de vida cresceu. E “velho” passou a ser até uma palavra, senão pejorativa, pelo menos politicamente incorreta. Provam-no as ginásticas semânticas que resultam em termos supostamente mais neutros. “Velho” não dá para usar mais, a não ser em expressões como “velho amigo” ou “Velho Barreiro”. “Velhinho” é ainda pior. O diminutivo, que deveria ser carinhoso, pode ser indicativo de piedade ou de deboche. “Idoso” é melhor, e na verdade é o termo mais empregado. Mas os norte-americanos foram mais além, recorrendo ao latim para criar uma expressão até pomposa: *senior citizen*, que tem ainda a vantagem de aludir à cidadania, coisa importante nos Estados Unidos. Naquele país, velhice é uma condição especial. Os *senior citizens*, freqüentemente, têm confortáveis aposentadorias, que lhes permitem viver no paraíso ensolarado da Flórida, de onde às vezes telefonam para os filhos e netos.



Falei em “velhice”, mas este é outro termo politicamente

incorreto. “Terceira idade” é mais usado, mas apresenta uma dificuldade: quando começa essa idade? Não há nenhum critério preciso para isso; o critério depende da expectativa de vida. No Brasil, o limite em geral é de 60 anos, mas, nos Estados Unidos, fala-se em 65 anos (nos cinemas, contudo, paga-se menos a partir dos 62 anos — as salas de exibição precisam atrair espectadores). Mais do que isso, a constatação de que muitas pessoas chegam aos 65 anos sem limitações maiores sugeriu uma outra divisão: “velhos-jovens”, dos 65 aos 75 anos, e “velhos-velhos”, de 75 em diante. Em diante — até quanto? Até há pouco tempo, partia-se da idéia segundo a qual nosso relógio biológico está programado para parar entre os 90 e os 100 anos, mas trabalhos recentes sugerem que isso pode não ser inteiramente verdade. Ninguém cogita da idade de Matusalém (provavelmente uma ficção bíblica), mas o velho cumprimento judaico de aniversário (“que você chegue até os 120”) pode estar mais próximo da realidade do que se imagina.



“O que há num nome?”, pergunta Shakespeare. Para ele, a rosa não teria menos perfume se fosse conhecida por outra denominação. Verdade, mas as palavras têm conotações, e delas não se pode fugir. Termos neutros não criam problemas.

Nem criam soluções. Ao contrário, os rótulos — como “velhice” — às vezes mais atrapalham do que ajudam. E nesse caso é bom lembrar uma coisa: esquecer, que é uma ameaça para os idosos, pode ser uma solução. Parafraseando Machado de Assis (“A dissimulação é dever, quando a sinceridade é um perigo”), esquecer é uma boa quando lembrar se torna penoso ou limitante. Certa vez houve um incêndio em Porto Alegre e o proprietário do estabelecimento, desesperado, levantou um tonel com óleo pesando mais de cem quilos e atirou-o a distância. Quando lhe

perguntaram como tinha conseguido essa proeza respondeu:

— Esqueci que o tonel tinha mais de 100 quilos.

Quando se tem coisas mais importantes em que pensar, esquecer a idade é perdoável. É recomendável.

DOUTORES COMO COBAIAS (OU A SOMBRIA PAIXÃO PELA CIÊNCIA)

Diferente da matemática, a medicina não é uma ciência exata — existe até quem diga que não é ciência, que é uma arte, mas isso é outra história. Não sendo uma ciência exata, depende, para novas descobertas, da experimentação: uma hipótese é levantada e sua validade, testada. Testada como? Uma possibilidade: *in anima nobile*.

Esta expressão latina aponta o caminho de um dos mais conflagrados territórios da medicina. A “alma nobre” (oposta a *anima vili*, isto é, animais) é a do ser humano — submetido a experiências médicas. O que explica a controvérsia. Boa parte do conhecimento médico nasce de pesquisa em laboratório, com substâncias químicas; uma outra parte — e aí já temos motivo para discussão — resulta de estudos em animais; mas, ao fim e ao cabo, este conhecimento tem de ser testado, e aplicado, em humanos.



Para começar, nem tudo que funciona no organismo animal funciona da mesma forma no organismo humano. A talidomida, por exemplo, é um sonífero para as pessoas, mas não para os animais. Por causa disso, a *Food and Drug Administration* não permitiu o seu uso nos Estados Unidos, o que salvou centenas de bebês das impressionantes deformidades provocadas por essa droga. De qualquer sorte, a interrogação sempre fica — funcionará

em pessoas? A experimentação é o único caminho para a resposta.



O que deu lugar a abusos e até a crimes. Durante a Segunda Guerra, médicos nazistas deram vazão a seu brutal sadismo torturando prisioneiros em nome da ciência. Mengele, por exemplo, injetava corante azul nos olhos de crianças para torná-los “arianos” — causando horrível sofrimento nas pobres vítimas, aliás, sem qualquer resultado: a idéia é simplesmente estúpida. Por causa desse e de outros experimentos, o Tribunal de Nuremberg, que julgou os criminosos nazistas, criou um código de ética descrevendo os princípios básicos da experimentação em seres humanos.



Mas há também uma situação curiosa e perturbadora. E se a pessoa — um médico — quer, por sua livre e espontânea vontade, submeter-se a uma experiência médica? É uma eventualidade que está longe de ser rara. Aconteceu freqüentemente na história da medicina: doutores que defendiam com paixão uma teoria sobre tal ou qual doença estavam dispostos a correr riscos para provar a validade de suas idéias. Em *Who goes first?* (título que poderia ser traduzido como *Quem se habilita?*), Lawrence Altman, que é médico e colunista do *New York Times*, reuniu dezenas de casos de médicos-cobaias.

Foi assim, por exemplo, no caso do cólera. No final do século 19, houve uma grande discussão sobre a causa da doença. O microbiologista Robert Koch tinha descoberto a bactéria que, para ele, originava a diarreia. Mas outro bacteriologista, Max von Pettenkofer, discordava. Para ele, não era só a bactéria a causadora do cólera, mas também a água do subsolo. E, para provar o que dizia, engoliu uma cultura de bacilos coléricos. O

resultado foi uma violenta diarreia, da qual, felizmente, escapou com vida.

Um outro médico, o escocês John Hunter (1728-1793) não teve a mesma sorte. A época, discutia-se se gonorréia e sífilis eram a mesma doença. Para esclarecer a dúvida, Hunter inoculou-se com o material de um doente portador de blenorragia. Infelizmente, o paciente era também sífilítico, de modo que não apenas a questão não foi resolvida, como Hunter acabou contraindo sífilis, talvez a causa da doença cardiovascular que veio a matá-lo.



Mas a história mais interessante, e angustiante, é a de um estudante de medicina, aliás o único no mundo a quem um monumento foi erigido: em Lima, Peru, existe uma estátua que lembra a figura de Daniel Carrión.

O nome de Daniel Carrión está ligado a uma polêmica ocorrida no final do século 19. Naquela época, ferrovias estavam sendo construídas por toda a parte na América Latina. Um trabalho insano, que mobilizava milhares de operários e que muitas vezes era impedido ou dificultado por epidemias. No caso da região andina, tratava-se da verruga peruana, caracterizada por inflamação dos vasos sangüíneos, artrite e febre. Mas havia uma outra afecção, chamada febre de Oroya, que também matava muita gente. E aí vinha a dúvida: tratava-se de duas doenças ou de duas formas da mesma doença? Naquela época ainda não havia resposta para essa questão, que atormentava particularmente o jovem Daniel, estudioso desse problema. Finalmente ele teve um gesto extremo: em 27 de janeiro de 1885, e depois de examinar um menino com verruga peruana, Daniel lancetou uma das lesões e, na frente de seus professores (que

expressaram reprovação, mas nada fizeram para impedi-lo), inoculou-se com o material infeccioso. Um mês depois Carrión adoeceu e — dentro do princípio que se havia traçado — começou a registrar a evolução da própria moléstia num diário. Que não concluiu: morreu antes disso. Mas o quadro clínico que apresentou, o mesmo da febre de Oroya, comprovou aquilo que ele havia apaixonadamente defendido: tratava-se da mesma doença. E agora, o mais incrível: em 1937, o dr. Max Kuzcynski-Godard, bacteriologista de Lima, estudando maneiras de desenvolver imunidade contra a febre de Oroya, repetiu o auto-experimento de Carrión, desta vez porém usando culturas da bactéria causadora da doença. Teve mais sorte, porém: não morreu.



Foi Carrión um tolo? — pergunta-se Altman. Uma indagação que tem fundamento: afinal, o experimento dele poderia não ter provado nada. E conclui: “Como todos os atos corajosos, a auto-experimentação está na tênue fronteira que separa a bravura da tolice”.

OS DIREITOS DE FUMANTES

Começou nos Estados Unidos e, inevitavelmente, chegou aqui: uma campanha pelos direitos dos fumantes. Vários médicos protestaram, mas eu, particularmente, apoio. Mais do que isso, dou aqui minha colaboração, sugerindo os Direitos dos Fumantes:

1 — Todo fumante tem direito a seu câncer de pulmão ou, na ausência deste, à sua bronquite crônica, à sua cardiopatia isquêmica ou a doenças similares associadas ao tabaco, desde que estas possam, no mínimo, reduzir a expectativa de vida.

2 — Todo fumante tem direito a poluir o ambiente de trabalho e o de suas casas, principalmente se tiver filhos pequenos, suscetíveis aos problemas causados pelo tabaco.

3 — Todo fumante tem direito a provocar incêndios, sendo necessário reservar matas nativas para este fim.

4 — Todo fumante tem direito à desagradável aparência dos dedos e dos dentes manchados e, ainda, ao hálito de fumante.

5 — Todo fumante tem direito a assinalar sua passagem com o cheiro de cigarro.

6 — Toda mulher grávida fumante tem direito a prejudicar o feto com o uso do cigarro.

7 — Todo fumante tem direito a estimular o contrabando de cigarro, de modo que o produto nunca falte.

8 — Todo fumante tem direito a exigir dos fabricantes a seleção de plantas com maior teor de nicotina.

9 — Todo fumante tem direito de gastar o dinheiro que

deveria ser destinado ao bem-estar de sua família com cigarros.

Mas... Mas (e atenção para este *mas*):

10 — Todo fumante tem direito ao reconhecimento de sua condição como dependente de substâncias que o transformam num autômato sem vontade.



Nesta época de direitos humanos, os fumantes exigem que sua voz seja ouvida. Compete aos não-fumantes ouvirem-na. Mesmo porque a voz de um fumante pode não durar muito.

CRENDICES POR ATACADO

Recebo de um amigo que mora nos Estados Unidos uma publicação chamada *Many Hands*, distribuída em hotéis da Nova Inglaterra e que oferece aos turistas uma variedade das chamadas terapias alternativas. A Nova Inglaterra já foi um tradicional reduto de superstições; ali fica Salem, a cidadezinha onde ocorreu a famosa caça às bruxas. Não quer dizer que a Costa Oeste seja imune a crendices. Só que lá a superstição tinha pretensões a *high tech* — com toques orientais e outros. Agora ficou tudo igual, como comprova o fantástico catálogo.



Gregory Kereakoglow, por exemplo, apresenta-se como engenheiro. O que faz um engenheiro? Constrói casas, edifícios, pontes. Certo? Errado. Gregory dedica-se a algo que chama de “engenharia hermética” (segundo a lenda, Hermes foi o construtor das pirâmides). A engenharia hermética, diz Gregory, “trabalha uma imagem do protótipo como glorificação pela recriação da imagem prototípica”. Entenderam? Não. Não tem importância. Tudo o que vocês precisam saber é que se trata de um tratamento para deixar a pessoa feliz (mesmo que esta pessoa seja o Gregory Kereakoglow). Já Molly Scott oferece a terapia da ressonância, “baseada em nosso impulso mente-corpo para a ressonância”. Não fica bem claro o que é isso, mas, como Ms. Scott é cantora, além de especialista em terapia crânioossacra e em tratamento de história profunda (o que é isso, companheira? De que

profundidade *nos hablas?*), supõe-se que envolva alguma coisa musical, com a terapeuta cantando para, ou cantando os, pacientes. Já Mark Roblee, que, além de terapeuta, é mágico, anuncia “terapia divertida”, mais *nitty gritty emotional work*, mais treino em mágica (como fazer sumir o dinheiro alheio?). Kate Marks jura que a terapia da polaridade harmoniza os campos eletromagnéticos do corpo, e os chakras também. Linda B. Whitney anuncia-se como “terapeuta intestinal”: ela purifica o corpo lavando o intestino (o que antigamente atendia pelo nome de clister).



Os exemplos se sucedem *ad infinitum* e *ad nauseam*. Provam uma coisa: para a credence, não há limites. Num país como os Estados Unidos, o mais rico, e supostamente o mais avançado do mundo, a excelência científica convive com a tolice mais grosseira. Nesta área, felizmente, somos mais modestos. O máximo de sofisticação que nossos curandeiros conhecem é a consulta por telefone e, às vezes, o uso do computador.

A alta do dólar está dissuadindo turistas brasileiros de viajar para os Estados Unidos. Vão perder algumas coisas boas: passeios, teatros, museus. Mas não sentirão falta da engenharia hermética e da terapia intestinal. Os alternativos locais quebram o galho.

VENCENDO O DESAFIO DA INCAPACIDADE

O grego Demóstenes era tão grego que mal conseguia falar. Determinado a vencer o seu problema, exercitava-se dia e noite usando, segundo a lenda, pedrinhas na boca para acostumar-se com a dificuldade de fonação. Lord Byron, o famoso poeta inglês, tinha um defeito no pé que quase lhe impossibilitava a locomoção. Mesmo assim, realizou o sonho de ser um grande nadador. Hellen Keller, escritora e educadora norte-americana, ficou cega e surda na infância. Isso não a impediu de graduar-se com distinção na universidade, tornando-se uma batalhadora pela causa de pessoas com limitações. Stephen Hawking, físico inglês, sofre de esclerose lateral amiotrófica, uma enfermidade invalidante que o confinou a uma cadeira de rodas — na qual continua a trabalhar introduzindo idéias revolucionárias no pensamento sobre o universo.



A história da humanidade está cheia de casos assim — pessoas que venceram limitações para se tornarem figuras exponenciais em várias áreas de atividade. Na verdade, isso ocorre com tanta freqüência que pelo menos um psiquiatra (e pioneiro da psicanálise) dedicou-se ao tema: Alfred Adler (1870-1937). Adler tinha inclusive razões pessoais para tanto. Portador de raquitismo, uma fraqueza óssea de infância, não conseguiu caminhar senão aos quatro anos. Logo depois, foi acometido de uma grave pneumonia que por pouco não o matou. Como se deslocava com dificuldade, foi vítima de vários acidentes. Em

suma: Adler tinha tudo para ser um inválido, conformato com seus problemas.

Em vez disto, foi à luta. Estudou medicina, e não só medicina: seu conhecimento de filosofia e de literatura era enorme. De início, fez oftalmologia e clínica geral. Depois, foi para a neurologia e finalmente para a psicanálise, tornando-se um dos discípulos prediletos de Freud, com quem, no entanto, viria a romper.



Adler era fascinado pela idéia da limitação orgânica. A incapacidade de se adaptar a esta situação, dizia, pode conduzir a sérios problemas emocionais. É a mesma sensação de fraqueza, de impotência, que a criança tem diante do adulto, ou que a mulher de sua época tinha diante do homem — ou ainda, que o oprimido tem diante do opressor: socialista, Adler trabalhou intensamente com grupos marginalizados. Hoje em dia, suas idéias são menos conhecidas, mas a análise que fez do processo de inferioridade ainda permanece, em muitos aspectos, válida.

Porque, basicamente, ele tinha razão. Não é a limitação que nos torna neuróticos ou infelizes. E a nossa incapacidade de lutar contra ela. A sabedoria gaúcha diz bem: não está morto quem peleia. A vida é luta, não a luta de todos contra todos, de que falava o melancólico Hobbes, e que é causa de uma ruinosa globalização, mas a luta do ser humano contra o infortúnio. “Quando os deuses nos enviam infortúnios”, diz Sófocles em *Electra*, “nem mesmo os fortes são capazes de suportá-los.” Sófocles estava errado. Os deuses gregos de há muito sumiram. Mas aqueles que venceram a desgraça serão sempre lembrados, com admiração e com afeto.

A CONTROVÉRSIA DO CHOCOLATE

Um endocrinologista carioca foi à GNT para fazer uma denúncia que certamente abalou muitas pessoas, adultos e crianças. Trata-se de uma substância que, segundo o médico, representa um grande perigo para a saúde. Qual substância? A cocaína? A maconha? O fumo? Não: o objeto da preocupação do doutor era, nada mais nada menos, do que o chocolate. Deve-se dizer, aliás, que é uma controvérsia antiga. Quando o chocolate foi levado do México para a Europa pelos espanhóis — que tinham o monopólio do produto —, a primeira reação da Europa foi de indignada condenação. O chocolate tinha fama de afrodisíaco, portanto era um produto imoral. Aliás, havia uma diferença substancial com o café, introduzido mais ou menos na mesma época. Na Inglaterra, o café, considerado um estimulante intelectual, era servido em *coffee houses*, freqüentadas por homens, que ali se reuniam para discutir negócios, ou política, ou filosofia. O chocolate, ao contrário, era a bebida que as mulheres tomavam pela manhã, enquanto ainda repousavam languidamente nas alcovas. O café era austero, o chocolate era uma indulgência. O café era a Reforma, o chocolate, a Contra-Reforma. O café era clássico, o chocolate era barroco. Entre parênteses, tanto o café quanto o chocolate recebiam açúcar, coisa que os astecas não faziam: o cacau deles era amargo e consumido apenas esporadicamente. Mas o açúcar potencializava ainda mais essa energia concentrada, e energia era aquilo de que os europeus necessitavam. Inclusive para colonizar o Novo Mundo, de onde traziam o chocolate.



Rico em calorias, o chocolate era considerado alimento muito nutritivo. Mas isso numa época em que a fome era uma ameaça. Quando as sociedades se tornaram afluentes, a obesidade passou a ser o problema maior. O chocolate começou a ser encarado com certa preocupação (no caso dos dentistas, agravada pelo problema da cárie), mesmo porque há pessoas que consomem chocolate em quantidades industriais. Há uma hipótese para explicar esta paixão: o triptofano do chocolate é a matéria-prima com a qual o organismo fabrica a serotonina, um neurotransmissor cerebral. Com o que as pessoas se sentem mais cheias de energia, menos *down*. O chocolate seria um antidepressivo — capaz, contudo, de criar certa dependência química nos chamados chocoalcoólicos.



Isso tudo pode ser verdade, mas temos uma questão delicada quando um fato científico se transforma numa condenação moral. De nada adianta lançar um anátema sobre as pessoas que adoram chocolate. Mesmo porque elas estão recorrendo à oralidade como forma de gratificação, o que, em nosso voraz tempo, está longe de ser uma exceção. Uma regra sensata é substituir as gratificações de maior risco por aquelas de menor risco. Foi o que a Rússia fez, quando autorizou a abertura de uma fábrica de Coca-Cola. Ninguém dirá que o refrigerante é bom para a saúde, mas seguramente é melhor que vodca, de cujos estragos o ex-presidente Boris Ieltsin foi um exemplo. Dá, sim, para consumir chocolate de forma razoável. Uma boa coisa é não ter depósito de bombons e similares a domicílio. Outra: mudar o tipo de chocolate consumido, de modo a evitar o hábito. Uma terceira: consumir o chocolate junto com outros alimentos, e não isoladamente (depois do jantar por exemplo). A quarta coisa seria

pedir ao coelhinho da Páscoa que trouxesse frutas e verduras em lugar dos tradicionais ovos de chocolate, mas isso já está na categoria dos milagres. Páscoa ou não, eles estão ficando raros.

A DOENÇA E SEU NOME

Adão só descobriu que era superior aos animais quando Deus lhe confiou a tarefa de dar nome às outras criaturas. Com isso, o primeiro homem foi investido de um poder. Porque o nome é a coisa, a coisa é o nome. Se não conhecemos o nome de uma coisa, esta coisa passa a ser assustadora. Ela se transforma exatamente nisso, numa coisa. E aí tudo pode acontecer.

A questão do nome é particularmente importante no caso da doença. O que é que eu tenho, doutor?, é a pergunta crucial que os pacientes fazem ao médico. A doença, disse a escritora Susan Sontag (que fala por experiência própria: teve um câncer de mama), é uma segunda cidadania. Mas, se assumimos esta cidadania, queremos saber o nome do país-doença em que teremos de viver.

Não é apenas curiosidade. No fundo, todos nós acreditamos, como nossos ancestrais pré-históricos, na doença como a obra de espíritos malignos. Ora, chamar um demônio pelo nome é a primeira providência para exorcizá-lo. Solicitado a fornecer um diagnóstico, o médico sabe que também está passando por um teste. Nesse momento, deve mostrar seu conhecimento, seu poder. O nome pode ser complicado, não tem importância: às vezes funciona até como símbolo de *status*. Se a pessoa não tem mais nada na vida, pelo menos pode contar com uma doença rara.



O que lembra a história da mãe judia que levou o filho a um psicanalista e insistiu num diagnóstico. Depois de compreensível

hesitação, o doutor disse que o rapaz sofria de complexo de Édipo. Resposta da boa senhora: “Complexo de Édipo ou não, o importante é que ele ame sua mãe”.



Há um risco nessa situação. E o risco está em o médico se deixar contaminar pela ansiedade do paciente ou dos familiares. É preciso um diagnóstico? Ele fornece esse diagnóstico, mesmo que dele não esteja seguro. E aí começam a acontecer coisas estranhas. No passado, falava-se muito em algo chamado “estado timo-linfático”, um rótulo que servia para explicar várias perturbações na criança: a magreza, a palidez, a dificuldade de respirar pelo nariz. Coisas comuns que normalmente se resolveriam com o tempo. Mas, como havia um diagnóstico, tinha de haver um tratamento. E esse tratamento consistia em irradiar a região do pescoço e do tórax onde estava o incômodo tecido linfático e o timo. Naquela época, começo do século, não se conhecia ainda o , efeito devastador da irradiação. Nem por isso as crianças escaparam: grande número delas desenvolveu câncer de tireóide.

“Ainda não sei” pode ser uma resposta perturbadora para quem, aflito, quer descobrir a causa de seus males. Mas é também a resposta mais honesta e, às vezes, menos deletéria, como lembra o editorialista do *British Medical Journal*, W. G. Pickering, em um artigo intitulado *Medical Omniscience*. Lembrando que a incerteza é uma forma de segurança, diz Pickering: “Os pacientes deveriam aprender que ‘não sei’ não significa medicina inferior *nem* significa ‘não me importa’”.



Posição sensata. Difícil de assumir, numa época em que os médicos constantemente são levados ao tribunal. Mas o conceito

que começa a se impor na profissão, a saber, de que a medicina tem de se basear em evidência científica, aponta o caminho. Neste caminho, nem sempre há tabuletas com nomes. Contudo, é o caminho mais seguro.

PÓLOS DA CRIAÇÃO, PÓLOS DA LOUCURA

O grande escritor triestino Italo Svevo, que viveu no começo do século 20, era um admirador da psicanálise, que até serviu como tema para o seu famoso romance, *A Consciência de Zeno*. Apesar desse entusiasmo, e de ser um bom amigo do único psicanalista de Trieste, o Dr. Weiss, Svevo não se analisou. A razão ele a sintetizou em entrevista a um jornal londrino: “Eu amava tanto minha doença, se é que de doença se tratava, que queria preservá-la como forma de autodefesa”.



Esta idéia, de que a doença tem de ser defendida pelo que tem de criativo, está longe de ser original. Ela remete a uma suspeita comum entre artistas — e as pessoas em geral —, que neurose e criatividade estão indissolivelmente associadas. “*We of the craft are all crazy*”, disse Lord Byron (“Nós, do ofício, somos todos malucos”). E acrescenta: “*Some are affected by gaiety, others by melancholy, but all are more or less touched*” (“Alguns são afetados pelo entusiasmo, outros pela melancolia, mas todos são mais ou menos afetados”). A “bela loucura” (“*fine madness*”) teria o efeito de aumentar o poder da imaginação, intensificar as respostas emocionais, além de fornecer a energia para um trabalho que muitas vezes pode ser desgastante.

Tal concepção é antiga. Sócrates, por exemplo, falava na “loucura das musas”, um estado de profunda alteração da consciência e dos sentimentos, do qual brotava a criação artística:

uma voz interior que Sócrates chama de *daimon*, e que é capaz de mobilizar o criador, de desviá-lo do que está fazendo, de impulsioná-lo com força irresistível. Esse “demônio” servirá, aliás, como modelo para a psiquiatria do século 19 em sua tentativa de igualar gênio e loucura. Já Aristóteles citava especificamente a melancolia como fonte de inspiração, uma idéia que Robert Burton desenvolveria em sua *Anatomia da Melancolia*. Não é de admirar que artistas se apeguem pateticamente a uma situação que lhes causa sofrimento. Quando alguém ponderou ao pintor norueguês Edvard Munch, internado várias vezes em hospitais psiquiátricos, que o tratamento poderia melhorar seu problema mental, o artista respondeu: “Meu problema mental é parte de mim e de minha arte, que não existiria sem ele. Portanto, prefiro continuar sofrendo”.



Não se trata de doença imaginária. Vários estudos mostram que a prevalência de transtorno bipolar ou seja, depressão alternada com mania, é muito maior entre escritores, poetas e artistas do que na população em geral. Em *Touched with Fire*, Kay R. Jamison, professora de psiquiatria na Johns Hopkins University, reuniu estudos a respeito. Em alguns desses estudos, chegou-se a encontrar uma porcentagem de 60% de transtorno bipolar entre escritores e artistas e 50% entre poetas. Grosso modo, a fase maníaca corresponde ao período de furiosa criação, aquele em que o escritor vara as noites escrevendo. A fase depressiva seria a do esvaziamento, de inatividade. A “lista de Jamison” é um verdadeiro “quem é quem” da literatura. Alguns exemplos ao acaso: Antonin Artaud, Baudelaire, Emily Dickinson, T. S. Eliot, Victor Hugo, Edna St. Vincent Millay (que escreveu *Read me, Do Not Let me Die — Leia-me, Não me Deixe Morrer*),

Sylvia Plath, Poe, Dylan Thomas, Balzac, Joseph Conrad, William Faulkner, Virginia Woolf...



É verdade, porém, que a doença é pré-condição para o processo criativo? Não. Como disse alguém, todo Kafka pode ser neurótico, mas nem todo neurótico é um Kafka. A doença causa, antes de mais nada, sofrimento, incapacidade. De outra parte, é possível que o tratamento, sobretudo com drogas, venha a embotar a pessoa; mas isso é uma questão de modular a terapia, de chegar a dosagens convenientes. Sabemos que de médico, poeta e louco todos temos um pouco. Um pequeno, inofensivo grão de loucura é necessário — desde que sabiamente utilizado. O que, na prática, é sinônimo de saúde mental.

A IMPROVISACÃO MÉDICA

Medicina, todo mundo sabe, é uma profissão que hoje é praticada com o apoio de uma respeitável parafernália técnica. Do estetoscópio à tomografia computadorizada, do bisturi ao raio laser, há uma gama de recursos às vezes imprescindíveis ao diagnóstico e ao tratamento. E, no entanto, a improvisação sempre acompanhou a prática médica, quer como forma de substituição de tecnologia, quer abrindo caminho para descobertas. Nem sempre foi o reluzente objeto hoje tão familiar em consultórios e hospitais o estetoscópio, por exemplo, nasceu de maneira prosaica, no século dezenove. O médico francês René Laennec precisava escutar o tórax de uma paciente. Homem tímido, Laennec não se atreveu a encostar o ouvido num peito feminino. Tomou então um pedaço de cartolina, enrolou-a sob a forma de um tubo e, pronto, surgia o primeiro estetoscópio, que, durante muito tempo, era exatamente isso, um simples cilindro em geral feito de madeira.



Em outras ocasiões, a improvisação nasce da absoluta necessidade e da urgência. O médico e escritor escocês A. J. Cronin contou, em *A Cidadaela*, um episódio autobiográfico. Chamado para atender uma criança com difteria, encontrou o pequeno paciente prestes a morrer de asfixia pela obstrução da laringe. Era necessária uma traqueotomia de urgência, mas não havia tempo para ir ao hospital. O doutor tirou da bolsa um bisturi, fez a incisão, abriu a traquéia — mas precisava de um

tubo para assegurar a passagem do ar. Na falta de uma cânula apropriada, usou o tubo da própria caneta-tinteiro (mostrando que uma pessoa letrada às vezes salva uma vida exatamente por isso, por ser letrada).

Durante as guerras, episódios dramáticos não são raros. Num desses, ocorrido em um submarino, um auxiliar de enfermagem foi orientado por um cirurgião, via rádio, a realizar uma apendicectomia. Noutro submarino, este russo, um médico operou a si próprio, retirando um apêndice inflamado — uma experiência impressionante, essa, a de uma pessoa manipulando as próprias vísceras.



Falando em cirurgia: no *British Medical Journal*, o doutor Alastair Coutts, que trabalhou nas longínquas Ilhas Salomão (Pacífico Sul), conta um dramático episódio. Ele foi chamado a uma ilha distante para atender uma mulher de 55 anos que tivera hemorragia cerebral. Depois de uma longa viagem de avião, chegou ao local. A mulher estava em coma, e uma operação se fazia necessária. Com a ajuda do médico local, que serviu de anestesista, e à luz de uma precária lâmpada, ele abriu o crânio. Nesse momento, a hemorragia recomeçou e ele não tinha meios de detê-la. Nesta situação de desespero, observou que um dos ajudantes mascava chicletes e não teve dúvida: pediu-lhe a goma de mascar e, usando-a como “vedante”, conseguiu parar o sangramento. A paciente recuperou-se satisfatoriamente.



Estes são os casos em que tudo termina bem. Nem sempre o final é tão feliz. Mas basta que algumas pessoas sejam salvas para que a gente continue a acreditar na incrível capacidade de médicos que, no momento exato, sabem unir arrojo e imaginação.

TERAPIA *ON LINE*

A internet fascina e perturba as pessoas. É a porta de um mundo virtual, cujas possibilidades, em termos de comunicação e informação, parecem infinitas. Não é de admirar que haja, entre os jovens, uma verdadeira cultura da rede, com códigos próprios de comunicação e de relacionamento. Os adultos, que freqüentemente temem o computador, se impressionam e até se assustam com a intensidade dessa vivência. E os estudos — não confirmados — associando o uso da internet a quadros depressivos não contribuíram em nada para tranquilizar os pais dos jovens navegadores.



Mas há uma contrapartida, representada pela possibilidade da terapia *on line*. Estamos aqui muito longe do divã de Freud, mas próximos a outras experiências inusitadas que, no terreno do tratamento *psi*, surgem sem cessar. No Rio de Janeiro, havia uma terapeuta que atendia caminhando com eles pela praia, proporcionando assim um duplo exercício, físico e psíquico (não se sabe se a sessão era ilimitada pelo tempo ou pela distância percorrida). Nos Estados Unidos, surgiu um terapeuta que instalava uma mesinha em feiras e quermesses e proporcionava uma “consulta rápida”, de 15 minutos, para demonstrar, segundo ele, que qualquer oportunidade para tratamento deve ser aproveitada.

Mais séria é a iniciativa conhecida como telepsiquiatria, muito praticada nos Estados Unidos e recentemente discutida na

revista especializada *Psychiatric Services*. Consiste em uma consultoria psiquiátrica em circuito fechado de tevê, pelo qual um especialista pode dar sua opinião a respeito de um paciente que resida, por exemplo, numa distante área rural.



Bem diferente, contudo, é a terapia pela internet, oferecida por alguns psicólogos. Consiste em mensagens intercambiadas entre terapeuta e paciente pela rede. O Conselho Federal de Psicologia não quis saber dessa novidade. Vetou o procedimento por falta de embasamento científico.



Como veículo de terapia, a internet, sem dúvida, deixaria a desejar. Porque o tratamento não é apenas o intercâmbio de mensagens, por mais explícitas que sejam. Há muita coisa envolvida: a voz (e o tom da voz), a linguagem corporal e até o silêncio, às vezes mais eloqüente do que a palavra. Afora isso, existem os riscos. A privacidade não ficaria cem por cento garantida. Isso sem falar nos problemas que resultam da própria internet. O que fazer quando a gente tenta uma conexão e aparece na tela a mensagem “linha ocupada”? Gritar com o computador, por favor, conecte-me, estou angustiado? E se entrar um vírus, terror dos *computer freaks*? É fácil imaginar que os *hackers* logo bolarão um tipo de vírus específico para o caso. Talvez um vírus edipiano. “Doutor, não sei o que está acontecendo, mas, depois que o senhor me mandou a última mensagem, só penso na minha mãezinha.” Claro, se desse para acabar com as neuroses usando a tecla *Delete*, a internet estaria consagrada. Mas isso não parece viável a curto prazo.

Um dia chegaremos à terapia pela internet. Mas, até lá, muito divã terá sido gasto pelos analisandos convencionais.

A ASCENSÃO E A QUEDA DOS GORDINHOS

Houve época em que criança — na arte ou na cultura popular — tinha de ser gordinha. Os querubins renascentistas eram rechonchudos. Cupido, o pequeno deus do amor, também. O mesmo se aplicava às bonecas e aos personagens das histórias em quadrinhos. Os sobrinhos do Capitão eram tão safados como obesos. E na antiga revista *Tico-Tico*, que as crianças adoravam, um dos heróis mais apreciados chamava-se Bolão. Não é preciso dizer por quê.



Tratava-se de uma imagem idealizada, em que obeso queria dizer sadio. No Bom Fim da minha infância, a palavra “gorda” vinha inevitavelmente associada com “bonita”. “Fulana é gorda, bonita”, era o melhor elogio que se podia fazer a uma garota (não garantia o casamento, mas ajudava). E as mães judias não estavam sozinhas neste tipo de avaliação. Os doutores, não apenas no Brasil, mas na Europa e nos Estados Unidos, tinham a mesma opinião. Antes de 1940, conta Hillel Schwartz no interessante *Never Satisfied: a Cultural History of Diets, Fantasies and Fat*, os artigos sobre obesidade infantil eram raridade na imprensa médica. Na imprensa leiga, então, nem se fala.

A explicação é simples. Aquela era uma época de carências e das doenças que acompanhavam as carências, como, por exemplo, a tuberculose. Magreza era sinônimo de tísica, e tísica — uma enfermidade praticamente sem tratamento — era o espectro das

famílias. As mães empanturravam os filhos por várias razões. Uma razão era proteger-lhes a saúde. Mas havia também o medo da miséria, da fome. No caso das mães emigrantes, este temor se originava nas tristes lembranças de um Velho Mundo devastado por guerras e crises econômicas. Engordar os filhos significava protegê-los contra essa sinistra eventualidade. A gordura era uma espécie de poupança, muito mais segura do que a poupança bancária.



A situação mudou, e, com ela, os estereótipos de beleza. Mesmo em países pobres como o Brasil, a obesidade começa a preocupar: hoje cerca de um quarto dos brasileiros são obesos (notem que a obesidade não os protege da desnutrição: esta pouco tem a ver com o peso). Ao mesmo tempo, crescia a evidência de uma associação entre obesidade e doenças como diabetes, hipertensão, arteriosclerose. Atrizes de cinema agora tinham de ter corpos esculturais, e o modelo chegou definitivamente às crianças com o lançamento da Barbie, a boneca magra e elegante, em 1958. Uma enquete realizada nos anos 60 revelou que dois terços das alunas de ensino médio dos Estados Unidos tinham feito dieta em algum momento. Queriam se livrar da pecha contida no título de um artigo da revista *Newsweek* em 1960: “Adolescentes glutões”. Daí para a anorexia nervosa era um passo, mas esta é outra história. O fato é que o fator ansiogênico para as crianças mudou: antes era uma mãe nervosa correndo atrás delas com um prato de sopa ou uma banana. Agora, o suplício vem de olhar as apetitosas embalagens no supermercado ou na lanchonete e não poder comer. Ou seja: é preciso urna mudança tanto cultural quanto psicológica. Difícil, mas não impossível. E só seguir o exemplo da Barbie.

ILEGAL, IMORAL OU IRRACIONAL?

Tente responder às questões abaixo:

a) O seu consumo é expressamente condenado no Antigo Testamento.

b) Os consumidores desta substância foram ameaçados de excomunhão pelo papa Urbano VII

c) As pessoas que o usavam eram sumariamente condenadas à morte pelo sultanato turco no século 17.

De que estamos falando? De cocaína, de heroína, de *crack*? Não. A resposta à terceira pergunta é: tabaco. A resposta à segunda: rapé. E a resposta à primeira é carne de porco.

Nos três casos, a condenação resultou principalmente de razões morais. Podemos falar, mais apropriadamente, de tabu. Estes continuam existindo, mas, em nosso mundo, novas proibições foram introduzidas, desta vez pela força da lei. Existem atualmente mais de mil substâncias consideradas ilegais em vários países. Um aparato policial — formidável, no caso dos Estados Unidos — foi montado para reprimir o tráfico. No Brasil, uma cena familiar de TV é aquela da polícia entrando nos morros do Rio em busca de traficantes. Balas perdidas voam para todos os lados. E muitas delas acabam vitimando inocentes.



Qual o critério para considerar uma substância ilegal? A primeira vista, parece ser o da nocividade. Mas isso nem sempre é evidente. O tabaco, numa época, foi considerado medicinal. Somente em meados do século 20, evidenciou-se a associação

entre fumo e câncer de pulmão. Depois, entre fumo e várias doenças. Além disso, há uma outra observação perturbadora. O fumo hoje não é proibido, mas a maconha é, embora o uso de maconha — evidentemente prejudicial, deixemos bem claro — cause menos mortes do que o tabaco. Um outro fato chama a atenção: a maconha é uma substância usada artesanalmente, enquanto o fumo é industrializado. Será que a poderosa indústria existente atrás do cigarro, mas não atrás da maconha, faz a diferença, como faz a diferença no caso do álcool?



Há um aspecto adicional a considerar. O uso excessivo de sal é prejudicial à saúde, como o uso excessivo de ópio. Este é proibido, o sal, não. Por quê? Porque o ópio introduz uma modificação de conduta, o sal, não. Mais: o ópio é associado a prazer, o sal, não. Existe aí um claro componente moralista. Agora: qual o prazer proporcionado pelo ópio, ou pela cocaína, ou pela heroína, ou mesmo pelo fumo? No início, pode não haver prazer algum: o primeiro cigarro é uma experiência mais desagradável do que qualquer outra coisa. Depois, há sensações prazerosas. Mas, em última análise, o drogado busca mesmo é alívio para o terrível sofrimento causado pela falta de droga. Este sofrimento é psicológico, mas é também orgânico. O metabolismo do dependente químico é um metabolismo alterado. Ele precisa tanto de cocaína ou de heroína quanto um diabético precisa de insulina. Claro, o diabético não se auto-infligiu a sua doença. Mas, no fim, isso não faz diferença alguma.



O problema da droga não se resolve com medidas morais ou policiais. O problema da droga é um problema de saúde pública. Os países europeus já o compreenderam. Lá, quem fornece a

droga ao drogado não é o traficante, e a altos preços. É o poder público, que cobra aquilo que o dependente quer e pode pagar: a adesão ao tratamento. O drogado não é visto na rua, assaltando, nem numa prisão. Ele é visto numa clínica, que é o seu lugar. Claro, a cura não vem num passe de mágica. Aliás, nem se pode falar em cura, em muitos casos, e sim em remissão. Mas qualquer coisa é melhor do que o inferno químico e psicológico vivido pela pessoa que sofre de dependência. Um inferno que não deveria ser agravado pela nossa incompreensão e muito menos por nossa hostilidade. Em matéria de droga, ser irracional é tão ruim como ser ilegal ou imoral.

A TÍSICA E SUA AURA

No Hospital Sanatório Partenon, onde trabalhei desde os meus tempos de estudante de medicina, havia alas masculinas e femininas, separadas por corredores. Esses corredores eram objeto de especial preocupação por parte das dedicadas freiras que cuidavam dos pacientes. Temiam os encontros furtivos que porventura pudessem ocorrer na calada da noite (e que certamente ocorriam).

As irmãs não estavam sozinhas nesse temor. Durante muito tempo, pensou-se que a tuberculose exacerbava paixões. Incendiados pela febre e premidos pela urgência do pouco tempo que freqüentemente lhes restava, os doentes seriam irresistivelmente impelidos à prática sexual. Era o que se denominava de tesão do tuberculoso. E que tinha algum apoio na realidade: os poetas, principalmente os românticos, eram vítimas habituais da doença. Seus versos traduziam o desespero que deles se apossava diante de um fim quase inexorável. Que podia chegar de forma lenta — a prolongada agonia — ou súbita, por meio de hemoptise, o sangramento pulmonar. Em ambos os casos, um desfecho dramático, muito diferente do fim que teve o doente de câncer de pulmão, cujas fotos os jornais mostraram há alguns dias. O doente de câncer morre ao som da marcha fúnebre. A morte do tuberculoso, ou da tuberculosa, inspirava óperas — como *La Bohème*.



A aura romântica desapareceu por completo com o advento

da quimioterapia antituberculosa. De repente, estávamos diante de uma doença tratável e quase sempre curável. O sanatório deixou de ser importante na luta antituberculosa. No Brasil, muitos deles foram transformados em hospitais psiquiátricos, o que, numa época foi uma boa fonte de renda, sobretudo porque a previdência social pagava as internações. Passou-se, assim, de uma doença estigmatizante a outra.



Apesar das previsões otimistas, a tuberculose não desapareceu. Ela apenas mudou de alvo. Os tuberculosos já não são mais jovens magros, de cabeleira revolta e olhar ardente, ou mulheres pálidas e frementes. Não, o bacilo encontrou abrigo nos marginais, aquelas estranhas tribos que se formam nas grandes cidades e que convivem em triste promiscuidade sob os viadutos ou as pontes. Nenhum poema sai dali, nenhuma ária de ópera. Ali não se bebe champanha, bebe-se cachaça. E a rebeldia não consiste em proclamar o direito à poesia, mas sim em recusar a medicação. Um reduto perfeito para a doença, capaz de levar ao desespero os serviços de saúde. Em Nova York, foi aprovada uma lei tornando obrigatório o tratamento desses enfermos, inclusive sob coerção, o que não se via desde a época da vacinação obrigatória, mas que não deixa de ter algum fundamento: é preciso proteger não apenas os próprios portadores de tuberculose, como também as pessoas que possam eventualmente contaminar. A aura romântica desapareceu, junto com outras ilusões de nossa época. Fica o bacilo que, indiferente aos conflitos sociais, continua fazendo aquilo que a natureza programou-o para fazer: causando doença.

DENTES E *STATUS*

“Mostrou os dentes num sorriso” é um clássico lugar-comum que pode ser encontrado tanto em obras-primas da literatura como em escritores menores. Como todo lugar-comum, reflete, ainda que de maneira convencional, uma verdade social ou psicológica. Os dentes habitualmente não são visíveis. É preciso mostrá-los. Arreganhar os dentes (sobretudo os caninos) é uma coisa hostil. Exibi-los num sorriso é algo amistoso. Nos dois casos existem mensagens de óbvio conteúdo, cuja origem remonta decerto aos tempos das cavernas. Mais recentemente a sociedade aprendeu a usar os dentes como símbolo de *status*.



Em *Boca de Ouro*, filme que fez algum sucesso tempos atrás, Jece Valadão vivia o papel de um personagem que mandara arrancar os dentes substituindo-os por outros, de ouro. Não era só coisa de ficção. Esse grotesco costume fazia parte da cultura brasileira. No interior era comum um pai presentear a filha, quando esta chegava à puberdade, com um dente de ouro. Ouro na boca era o máximo em matéria de ostentação. Claro, o metal foi selecionado para próteses por razões técnicas: não oxida e é facilmente trabalhável. Mas, mesmo assim, estava ali como prova de que a garota vinha de uma família de posses. Ou seja: uma propaganda casamenteira, silenciosa, mas eloqüente.



O amor pode não ser eterno, mas os dentes de ouro eram, e

muitas vezes acompanhavam a pessoa até o túmulo. Relatos macabros foram feitos acerca de ladrões que violavam túmulos em busca do metal. Nos campos de concentração nazistas essa era a regra. Os dentes das vítimas forneciam o ouro para comprar armas — e fazer mais vítimas.



Novos materiais substituíram, e com vantagem, o ouro usado nas próteses. Dente de ouro deixou de ser sinal de *status*. Ao contrário, agora era coisa primitiva, arcaica. Mas, mesmo assim, os dentes não perderam sua função de *display* social. Lá pelas tantas, Hollywood popularizou os dentes recapados. Para obter um sorriso perfeito de atores e atrizes, os estúdios não podiam confiar só na natureza ou na higiene oral. Os *caped teeth* eram mais seguros, ainda que espantosamente mais caros.

E surgiu também o aparelho ortodôntico. Não que a ortodontia não seja necessária. Pelo contrário, tem beneficiado inúmeras crianças e jovens pelo mundo afora. Mas é cara, muito cara. O aparelho é caro, a manutenção é cara. Aparelho ortodôntico, em uma criança, significa que os pais têm posses. E para as próprias crianças, muitas vezes, é motivo de vaidade.



Isso é, como sabemos, uma coisa transitória. Logo os procedimentos ortodônticos deverão estar ao alcance de muita gente. O *status* terá de encontrar outra expressão. Até que o símbolo de *status* seja exatamente esse: não exibir nenhum símbolo de *status*,

LAVEM AS MÃOS

Lavar as mãos é uma recomendação habitual, dessas que filhos já ouviram dos pais mil vezes (o que não quer dizer que obedeçam). Mas houve um momento na história da medicina que lavar as mãos transformou-se num conflito dramático. O pivô desse conflito foi um obstetra chamado Ignacz Semmelweiss (1818-1865).

Semmelweiss trabalhava no Hospital Geral de Viena. Era uma época em que as puérperas, as mulheres que tinham acabado de dar à luz, morriam como moscas, vítimas de infecção puerperal — uma situação que, antes dos antibióticos, era freqüentemente mortal. Todos os médicos sabiam disso. Mas, diferente de seus colegas, Semmelweiss queria saber por que isso acontecia.



No hospital existiam duas enfermarias para parturientes. Numa, a enfermaria das indigentes, os partos eram feitos por parteiras e estudantes de medicina. Noutra, a enfermaria cinco estrelas, os partos estavam a cargo de doutores. Em qual delas era maior a mortalidade por febre puerperal? A enfermaria das pobres, diria qualquer pessoa. Mas Semmelweiss não era qualquer pessoa. Contou os óbitos e verificou que as pobres, paradoxalmente, morriam em menor proporção. Por quê?



Para responder a essa pergunta, Semmelweiss pôs-se a

observar as atividades de seus colegas. Verificou que, antes de irem para a sala de partos, eles faziam a necropsia das pacientes falecidas no dia anterior — em geral, de febre puerperal — e depois, sem lavar as mãos, iam atender as parturientes. Ou seja: nas mãos dos doutores estava, literalmente, a causa da morte das parturientes. Semmelweiss não sabia da existência de micróbios — o microscópio era muito pouco usado —, mas sabia que algo precisava ser feito em termos de higiene. Recomendou-se então que os doutores lavassem as mãos com uma solução clorada, dessas que a gente usa na higiene doméstica. A letalidade por febre puerperal baixou de 25% para 1%.



Mas, foi também um desastre para o pobre Semmelweiss. Ele era húngaro — naquela época a Hungria fazia parte do Império Austro-húngaro, mas como região subdesenvolvida — e os orgulhosos doutores vienenses não estavam dispostos a seguir sua orientação, mesmo porque se tratava de um homem emocionalmente instável, pouco hábil na divulgação de suas idéias. Tinha defensores, claro, e entre eles muitos médicos de prestígio, mas isso não evitou que fosse desligado da Universidade de Viena. Foi trabalhar em Budapeste, onde se tornou um verdadeiro cruzado da higiene: dizem que percorria as ruas gritando “lavem as mãos, lavem as mãos”. Por fim, foi recolhido a um hospício (em Viena) onde morreu duas semanas depois, vítima de espancamento.



Lavar as mãos é hoje um dos pontos básicos na prevenção da infecção hospitalar, essa praga dos modernos nosocômios. A mensagem que Semmelweiss lançou, há mais de um século e meio, continua atual. Não é preciso que alguém percorra as ruas

— ou os corredores de hospital — gritando “lavem as mãos”. Mas é preciso que as pessoas lembrem que os microorganismos estão por toda a parte. Eles só esperam que alguém se distraia ou seja displicente. Não é preciso mais do que isso para que causem doença, às vezes mortal.

CIÊNCIA E FICÇÃO

Brian Weiss é o homem da terapia das vidas passadas, segundo a qual os problemas psicológicos das pessoas se originaram em traumas de existências prévias e que podem ser curados mediante uma “viagem” no tempo.

O dr. Weiss jura que seu método funciona. Mais ainda, diz que antes era um médico de formação científica, cético em relação a procedimentos desse gênero. Mas aí viu a luz, por assim dizer, e converteu-se em um ardente defensor dessa peculiar forma de reencarnação. Pacientes não faltam, e os livros do dr. Weiss estão cheios de casos que, naturalmente, confirmam suas idéias. Na maioria das vezes as pessoas foram, em vidas passadas, príncipes, nobres, potentados — pelo jeito, ninguém regride no tempo para dar duro como operário ou camponês ou faxineira. Uma dúvida que pode ocorrer é: como são cobrados os honorários? Serão eles proporcionais ao tempo de regressão, alguém que volta à Idade Média pagando mais do que alguém que chega apenas à Revolução Francesa?



Estranhas terapias não são novidade. Wilhelm Reich, comunista e *soi-disant* psicanalista, inventou uma coisa chamada “caixa de orgônio”, um compartimento no qual o paciente entrava para receber certas emanações. Mais recentemente surgiu a terapia do grito primal: o paciente tinha de soltar um grito que, supostamente, seria libertador.

Essas coisas podem ser engraçadas, mas representam um

problema. Alguém que se diz neurocirurgião só enganará o público até tentar abrir o primeiro crânio. Mas alguém que se diz terapeuta tem ampla autonomia. As pessoas que podem depor a respeito são os pacientes, e os pacientes, nesse tipo de terapia, e literalmente, nunca têm razão — afinal, se são neuróticos, é porque a racionalidade deles foi derrotada pelos problemas emocionais.



Notem bem: eu não duvido que a terapia das vidas passadas funcione. Assim como Freud trabalhava com os sonhos dos pacientes, é possível trabalhar com fantasias, tais como regredir no tempo e viver o papel de rei, por exemplo. O que eu duvido é que a “regressão” no tempo realmente ocorra.

Mas esta dúvida, eu a tenho como médico. Como escritor devo dizer que me beneficieei da idéia. Escrevi uma novela, narrada na primeira pessoa, em que a personagem é uma das esposas do rei bíblico Salomão. Como o rei não consegue cumprir seus deveres conjugais — a moça, apesar de inteligente, é muito feia —, ocorre-lhe dar a ela uma missão: escrever um livro que conte a história do povo judeu. Ou seja, a obra precursora da Bíblia. Meu problema era o seguinte: o livro é escrito em nosso idioma, com expressões de gíria etc. Como compatibilizar isso com o fato de que a ação se passa há três mil anos? Simples: a esposa de Salomão é, na verdade, uma paciente em terapia de vidas passadas. Se não serve para a ciência, serve para a ficção. Obrigado, doutor Brian. E até a Idade Média.

HISTÓRIAS DE CAMISINHAS

No século 16 uma epidemia de sífilis espalhou-se pela Europa. Não havia tratamento eficaz; usava-se o mercúrio, que matava o micróbio mas, sumamente tóxico, deixava o paciente em petição de miséria. E isso gerava uma dúvida crucial: seria possível evitar a sífilis, mas sem evitar o sexo?

A resposta foi dada pelo grande anatomista italiano Falópio (que descreveu, a propósito, as trompas de Falópio). Num trabalho publicado em 1564 — póstumo; ele morrera dois anos antes —, Falópio diz que os não-circuncisos podiam se proteger da infecção colocando um pedaço de pano sobre a glândula e fixando-o com o prepúcio. Na verdade, uma manobra muito pouco prática e nada garantida. Contudo, é a Falópio que se atribui a descoberta do condom, embora uma lenda diga que os romanos já usavam, com o mesmo propósito, bexigas de bode.



A idéia pegou, mas na linha dos romanos, não de Falópio. Dois séculos depois, preservativos já estavam disponíveis, feitos de pele de peixe. O objetivo agora não era só evitar a sífilis, mas também a gravidez. Nas palavras do galante Casanova: “É preciso colocar o sexo ao abrigo de qualquer medo”. As camisinhas eram vendidas em bordéis e em alguns estabelecimentos comerciais, sendo especialmente recomendadas, segundo um anúncio da época, para “cavalheiros, embaixadores e capitães de navio viajando para o estrangeiro”. A camisinha era então um objeto sofisticado; os militares ingleses, por exemplo, usavam-nas

decoradas com as cores de seu regimento. Mais tarde, o retrato da Rainha Vitória (que não era exatamente um tipo de beleza) apareceria nas caixinhas dos preservativos: homenagem à realeza ou um breve contra a luxúria? Nunca ficou esclarecido.



A camisinha era muito cara. Mas então a tecnologia veio em socorro dos aflitos amantes. Com a descoberta da vulcanização da borracha, em 1843-1844, tornou-se possível fabricar um condom mais barato e apropriado. A partir daí o uso se propagou. Os antibióticos, que foram um grande avanço na luta contra as doenças sexualmente transmissíveis, levaram também a um certo descaso com a prevenção — que voltou a ser valorizada com a corrente epidemia de Aids.

Mesmo assim ainda existem muitos obstáculos ao uso do condom. Um médico tailandês que encontrei num simpósio de saúde pública contou-me uma história muito ilustrativa. Para mostrar aos camponeses da região como usar o preservativo, ele colocava um no próprio polegar. Um dia veio ao posto de saúde um camponês furioso: ao contrário do que o médico dissera, sua esposa havia engravidado. O doutor perguntou como tinha usado o preservativo. No dedo, como o senhor mostrou, foi a resposta.

O nosso nível de informação é maior, mas mesmo assim, o condom ainda precisa ser mais difundido. Não é preciso chegar aos exageros como aquele que vi em uma camiseta: “Machão não usa camisinha; machão manda plastificar”. Mas é preciso, sim, lembrar que sexo seguro não é sexo amedrontado. Sexo seguro é, simplesmente, sexo informado.

MEDICINA E ARTE: A VISÃO SATÍRICA

A aparição dos médicos em obras de arte é um fenômeno relativamente tardio. Certo, há alguns bustos e retratos de Hipócrates, o pai da medicina, mas durante toda a Idade Média os artistas preferiram muito mais retratar santos do que doutores. No que provavelmente estavam certos. Em caso de doença era mais seguro apelar para as forças celestiais do que para os duvidosos conhecimentos das poucas pessoas (em sua maioria frades) que ousavam enfrentar pestes e enfermidades.



Com a modernidade, esse panorama muda quase que subitamente. A medicina é agora uma profissão reconhecida, ensinada em universidades, surgidas ao fim do medievo. Os doutores ousam mais. Querem, por exemplo, saber como é o corpo humano por dentro e recorrem para isso à dissecação de cadáveres, coisa que era proibida pela religião. Aliás, nesse estudo os médicos foram precedidos pelos artistas, como Leonardo da Vinci, que deixou maravilhosos estudos de peças anatômicas. Um pouco mais tarde, Rembrandt pinta a famosa *Lição de Anatomia do Dr. Tulp*, em que um anatomista mostra a cirurgiões a estrutura da mão.



Os médicos eram agora retratados porque tinham se tornado importantes. Para muitos deles, essa importância traduziu-se em arrogância. Apesar dos conhecimentos anatômicos, ainda era bem

pouco o que podiam fazer por seus doentes. Continuavam recorrendo a purgativos e sangrias, que só faziam debilitar mais os enfermos. Essa contradição não escapou ao olhar arguto de escritores e artistas. Em peças teatrais como *O Doente Imaginário*, Molière satirizou a onipotência dos doutores. Numa mistura de francês e latim, ele traduz a clássica receita de então: “*Clysterium donare/Postea seignare/Ensuita purgare*” (Dar um clister/depois sangrar/depois purgar). Ao que o coro responde: “Possa ele sangrar e matar por mil anos”.



Esse tipo de sátira teve correspondência na obra de pintores e desenhistas como William Hogarth (1697-1764). A caricatura estava então fazendo sua entrada na arte e na imprensa, e os médicos tornaram-se um tema predileto (o que, no Brasil, aconteceu com Oswaldo Cruz). É preciso dizer, contudo, que o pincel satírico não retratava somente os médicos, mas também a sociedade em que eles estavam inseridos — gente que comia demais, que bebia demais, que fazia sexo demais e que, portanto, adoecia como resultado dos próprios excessos e extravagâncias.

A partir do final do século 19 a situação mudou de novo. A medicina tornava-se agora definitivamente científica. A revolução pasteuriana foi um marco neste sentido. Mais do que isso, êxitos impressionantes foram conseguidos no diagnóstico e tratamento de doenças. Claro, os doutores continuaram objeto da veia satírica de muitos autores (Bernard Shaw é um exemplo), mas, paralelamente, a medicina foi idealizada até as raias da veneração. Tudo isso, ao fim e ao cabo, deveria resultar numa lição de humildade. Não se trata de concluir coisas do tipo “quem hoje está por baixo amanhã estará por cima”. Não, é preciso admitir que toda atividade humana tem suas limitações e que nossa grandeza

consiste em enfrentar tais limitações com confiança e não com arrogância.



Aula de anatomia

OS PATINHOS FEIOS

O escritor Anatole France foi reprovado sete vezes no colégio. Pablo Picasso teve grande dificuldade em aprender a ler. Henri Matisse não passou no exame de admissão para a Escola de Belas Artes. John Lennon, dislético, falhava sistematicamente nas provas. Finalmente: Albert Einstein, que tardou muito a falar, também era dislético, e ia mal nos estudos, inclusive na universidade: quatro teses suas foram rejeitadas (uma delas por ser muito curta. Depois, quando ele acrescentou uma frase, uma única frase, a dita tese foi aceita. Os critérios dos examinadores às vezes são nebulosos.)

Esses exemplos confirmam uma observação que, se não é regra, é pelo menos suficientemente freqüente para nos deixar perplexos: os gênios muitas vezes são considerados crianças problemáticas ou até “retardadas”. É a velha história do patinho feio, que, o tempo depois mostrou, era um belo cisne.



Sociedades competitivas não gostam de patinhos feios; no máximo, reservam-nos para a panela. Mas tais sociedades também estão atentas para o fenômeno do cisne ainda não reconhecido, ou seja, da inteligência em embrião. Como detectá-la? Os testes para isso tiveram início em 1905 com os trabalhos de Alfred Binet, a partir dos quais desenvolveu-se o muito discutido Quociente de Inteligência, o QI. Há pouca dúvida de que o QI se correlacione com o sucesso escolar e com o *status* profissional. Mas daí a concluir que esse atributo é genético, como o fez Arthur Jensen num trabalho francamente fascistóide, vai uma longa

distância. Além disso, limitam a inteligência a seu aspecto cognitivo, à capacidade de racionar abstratamente. Será que inteligência é só isso? Muito mais interessante é a teoria, desenvolvida em 1982, da inteligência múltipla, de Howard Gardner.

Ela nos explica como um aluno medíocre pode se transformar num grande artista: o caso de Picasso e de Matisse. Devemos pensar, diz Gardner, não em uma inteligência, mas inteligências no plural: inteligência lingüística, musical, lógico-matemática... Dessa forma, podemos entender que para cada pessoa há uma forma de expressar a sua inteligência. Tais habilidades podem surgir muito cedo, como ocorre no talento musical. O caso de Mozart é bem conhecido, mas ele não é o único: Mahler deu seu primeiro concerto aos dez anos de idade, Stokowski regeu uma orquestra aos doze.



Todos os dias, diz Howard Gardner, jovens são testados quanto a seus conhecimentos. Na falta de melhor método de avaliação, este será o caso por algum tempo. Implicando um desafio: por que não deixamos nossa imaginação voar, por que não pensamos na imensa quantidade de performances e desempenhos que são valorizados por diferentes culturas em muitos lugares do mundo? Quem sabe o jovem estudante fracassado é um talentoso pintor em embrião?

Essa simples possibilidade já é tremendamente consoladora, e pode melhorar em muito a relação entre pais e filhos. E, melhorando essa relação, todas as outras coisas melhoram, inclusive o desempenho intelectual. Tudo é uma questão de enfoque. Tudo é uma questão de adivinhar que cisne se oculta sob a aparência do patinho feio.

CONFISSÕES DE UM ABSTÊMIO

Já estou acostumado ao olhar que as pessoas me dirigem quando digo que não bebo álcool. É um olhar de estranheza, de piedade (“Coitado, deve ter alguma doença”), ou de desconfiança (“De que seita ele faz parte?”), raramente de admiração (“Sanitarista convicto está aí”). Mas este olhar também demonstra a que ponto o álcool está integrado a nossa cultura. A pessoa pode recusar café, ou pode recusar um cigarro, mas recusar um cálice de vinho é algo que não se faz sem muitas explicações.



Contudo, tomar bebida alcoólica é algo cultural, não natural. É natural comer uvas, mas não é natural beber o sumo fermentado da uva. Poucos se dão conta disso, mas é preciso acostumar-se ao gosto da cerveja, ou do vinho, ou do uísque. Não é necessário acostumar-se a bebidas açucaradas, porque elas afinal evocam um sabor que nos acompanhou na infância, o sabor do leite materno. Álcool, no começo, é desagradável, ou, pelo menos insólito. Claro, o paladar logo se acostuma. A Bíblia conta que, depois do Dilúvio, Noé plantou uma videira, fez vinho e tomou um porre, tudo numa muito rápida seqüência. Que serviria de modelo por muitos séculos.



O meu problema com álcool é muito simples: nunca me habituei. A sensação que tenho ao provar um vinho, por mais sofisticado que seja, é a mesma que tenho ao provar um vinho

vagabundo qualquer. E não é uma sensação agradável. No máximo, ela não chega a ser desagradável. Em resumo: não entrei na cultura do vinho.

Que, diga-se de passagem, admiro muito. Estou absolutamente seguro de que um Beaujolais deve ser uma coisa deliciosa, tanto que os aficionados aguardam com impaciência o lançamento da nova safra. Também conheço vários trabalhos provando que vinho é bom para o aparelho circulatório (entre parênteses, depois do porre, Noé viveu mais 350 anos, morrendo aos 950. A previdência social da época deve ter tido uma despesa monstruosa com ele). Finalmente, todos sabem que as tentativas de reprimir com violência o uso de álcool resultaram em fracasso: a Lei Seca que o diga.



Mas o alcoolismo é um grave problema de saúde. Em termos de adição, é o mais grave problema enfrentado pela sociedade. A publicidade de bebida alcoólica jamais menciona cirrose, ou miocardiopatia, ou os acidentes e as violências desencadeados pelo álcool, mas essas coisas estão aí, e matam. Entre a abstinência e o abuso está aquilo que os americanos chamam de “consumo sensato” do álcool. Não é a mesma coisa que o consumo social de bebida: os numerosos bêbados de festa mostram que não raro os limites são ultrapassados.



Como chegar à sensatez nesta tão difícil questão? Talvez seja o momento de desglamurizar um pouco o álcool — em filmes, na mídia, na vida real. Talvez seja o momento de introduzir na publicidade o lembrete de que o álcool, como o cigarro, pode ser prejudicial à saúde. E talvez seja o momento de olhar com menos estranheza as pessoas que não bebem. O Verissimo uma vez

contou, numa crônica, o escândalo que provoquei num jantar na Alemanha, preferindo suco de laranja ao famoso vinho que nos ofereciam. Os anfitriões não sabiam o que dizer, mas a verdade é que não teriam motivo para constrangimento. Raramente bebi um suco de laranja tão bom.

UMA CONQUISTA DAS MULHERES

Controle da natalidade sempre foi um assunto controverso, a começar pela palavra controle, que cheira a autoritarismo (nos programas de organizações internacionais a expressão era prudentemente substituída por “planejamento familiar” ou “dimensionamento da prole”. A controvérsia tinha um componente religioso — “crescei e multiplicai-vos”, ordenou a Bíblia — e era um componente sociopolítico. Um patriarca impunha-se pelo número de seus descendentes. Quanto mais gente — para o trabalho e para a guerra — melhor.



Quem arcava com o ônus desta visão eram as mulheres. Ao longo do tempo, a contracepção dependia da vontade masculina. Quer pelo coito interrompido, quer pelo preservativo (conhecido desde há muito), os homens controlavam o processo. Para a mulher restavam meios muito menos seguros — esponjas, duchas — ou então o aborto, sempre perigoso, sempre condenado, e sujeito a várias injunções. Nos Estados Unidos, os adeptos do movimento *Pro-Life* volta e meia atacam as clínicas, matando médicos e enfermeiras.



Mas o aborto ainda é muito freqüente. Um estudo feito em 27 países, publicado há cerca de um ano, mostrava que, tanto em regiões desenvolvidas quanto subdesenvolvidas, de 50% a 75% das gestações são indesejadas e, numa alta proporção dos casos,

terminam em aborto. Os dados do Brasil são particularmente surpreendentes: das mulheres entre 15 e 44 anos, 11,5% queriam adiar a gravidez, e 74,7% não queriam filhos, ou não queriam mais filhos. Percentagem mais alta só em dois países: Japão e Nepal. Também era alto o uso de métodos contraceptivos: mais de 75% das mulheres recorriam a um deles, incluindo naturalmente a ligadura das trompas, procedimento muito freqüente em nosso país e responsável indireto pelo alto número de cesárea. Explica-se assim a dramática queda da natalidade em nosso país nas últimas décadas.



Não por coincidência, o uso da pílula anticoncepcional disseminou-se a partir dos anos sessenta. Aquela foi a década da rebeldia, da afirmação dos direitos até então negados. As mulheres, que a duras penas tinham conquistado o direito ao voto, agora reclamavam o direito sobre o próprio corpo. A tecnologia fez o resto, aperfeiçoando cada vez mais os contraceptivos orais (mas introduzindo também novos métodos de fertilização). Nos recentes levantamentos feitos sobre as grandes conquistas do milênio e do século, a pílula foi escassamente mencionada. Controvérsias à parte, ela representou, contudo, uma revolução, quase tão grande como a vacina e a penicilina (estas sim, citadas em todas as listas). O Onan bíblico, que preferiu derramar o sêmen sobre a terra a ter relações com a mulher de seu falecido irmão, fez um protesto a sua maneira. Mas à cunhada ninguém perguntou se queria ou não ter filhos. Hoje ela teria uma chance de dar sua opinião — e mais, de agir de acordo com tal opinião. O que convenhamos, já é um progresso.

FREUD E O CARNAVAL

Freud nunca viu o Carnaval brasileiro. Uma falha em seu currículo, que seguramente lhe acarretou prejuízos adicionais. Não apenas o criador da psicanálise poderia ter se divertido um pouco — o que, para um homem sisudo e reservado, não faria mal — como teria ocasião de comprovar, ao som de música, suas teorias.

Mestre da metafórica, Freud criou três estruturas imaginárias para explicar o nosso psiquismo: o Superego, que corresponde às prescrições morais embutidas, muitas vezes à força, em nossa mente, o Ego, ou seja, nós mesmos (e pobres de nós), e o Id, que corresponde àqueles impulsos instintivos mais primitivos. Como se pode imaginar, Superego, Ego e Id estão sempre brigando por um espaço no sambódromo da nossa mente. Falando em sambódromo, cabe a pergunta: quem faz a festa no Carnaval? O Ego, o Superego ou o Id?



A primeira vista, parece que o Carnaval é a grande festa do Id, aquele momento em que botamos pra quebrar, em que nos libertamos de todas as amarras, de todos os acessórios da chamada civilização, a começar pelas roupas: “todo mundo nu” é a palavra de ordem. Mas o nudismo é, parafraseando Eça, coberto pela fantasia. Que tipo de fantasia? A de índio, por exemplo, que é clássica no Brasil. Índio, por quê? Uma prova de reconhecimento aos primeiros donos da terra? Não, índio entra aí como criatura livre, selvagem, não submetida ao civilizatório. O lado “índio” da

personalidade fica liberado, assim como o lado mulher — ver o Bloco das Virgens, de Olinda, constituído por homens vestidos de mulher.



Se o Id pensa que se libertou, está enganado. Em primeiro lugar, o Carnaval não dura mais do que três dias. Além disso, passou por um processo civilizatório. Há samba, há o notável reboleio dos corpos, mas há o enredo. O enredo dá uma aura de respeitabilidade ao espetáculo, com as chatas, medíocres letras das músicas. É o imposto cobrado pelo prazer.

O que lembra uma história de Edgar Allan Poe, *O Barril de Amontillado*. O narrador odeia, por razões não muito claras, um homem chamado Fortunato. Encontra-o uma noite, “durante a suprema loucura do Carnaval” e o convida para saborear, em sua casa, aquele mais notável dos vinhos, o Amontillado. O folião, claro, não resiste aos convite. O algoz embebeda-o então, leva-o ao porão, acorrentando-o e aprisionando-o — para sempre — atrás de uma parede que constrói naquele momento. O Id pensou que estava livre? Não, livre não estava. O Superego, que não tolera ofensas, aprisiona-o. Diferente do personagem de Poe, libera-o por três dias. E tudo se acaba na quarta-feira.

ROMPENDO A LEI DO SILÊNCIO

No câncer de mama coexistem, para usar a expressão da escritora norte-americana Susan Sontag, duas metáforas. A primeira deriva da própria mama como símbolo sexual. Um símbolo sexual que corresponde a uma predileção até certo ponto infantil do sexo masculino. Durante muito tempo comparou-se, não sem ironia, as fantasias sexuais de brasileiros e de norte-americanos. Enquanto por estas bandas predomina a predileção por traseiros, os norte-americanos teriam uma clara fixação no busto. Só que isso está mudando com a globalização: o desfile de seios siliconizados representaria um claro resultado da americanização do erotismo brasileiro.



Folia à parte, a mama faz parte do organismo e portanto está sujeita a riscos comuns a outros órgãos, entre eles o câncer de mama, a neoplasia que mais mulheres mata no Rio Grande do Sul. É uma doença duplamente penosa: por ser grave e por comprometer uma região do corpo tão simbólica. Não é de admirar a angústia que as mulheres sempre sentiram diante deste diagnóstico. Para tal angústia contribuía, e não em pequena medida, a mastectomia radical, introduzida, no começo do século 20, por William Halsted, na Johns Hopkins University. Naquela época, predominava ainda a idéia do câncer como uma doença local, a derrota de um órgão que, automaticamente, transformava-se em trincheira do inimigo invisível. Retirava-se, portanto, a maior quantidade de tecido possível, o que deixava a mulher

severamente deformada e com o braço permanentemente inchado por causa da perturbação da circulação linfática.

O pior de tudo era a lei do silêncio; dado o tabu que envolvia a doença, o cirurgião simplesmente anunciava o que ia ser feito — e fazia, sem discutir com a paciente. Um recente livro publicado nos Estados Unidos (*A Darker Ribbon — Breast Cancer, Women and Their Doctors in the Twentieth Century*, de Ellen Leopold) transcreve a correspondência entre o dr. Halsted e uma de suas pacientes, mostrando a postura distante e aristocrática do cirurgião.



Mas isso logo viria a mudar. No mesmo livro estão as cartas que a ecologista Rachel Carson (autora de *A Primavera Silenciosa*), também portadora de câncer de mama, trocou com o seu médico, George Crile Jr., um profissional mais sensível do que Halsted. Nelas, Carson defende a idéia, aceita por Crile, de que as pacientes devem saber “tanto quanto possível” sobre a doença e seu tratamento. Em outras palavras: a pessoa tem direito a seu corpo, inclusive, e principalmente, quando é um corpo enfermo.

O auto-exame de mama é disso uma bela prova. Através desse simples teste a mulher explora suas próprias mamas, agora já não mais símbolos sexuais, mas partes de sua anatomia. Vai em busca de ameaça invisível que, precocemente detectada, pode ser curada, sem o problema das deformidades. Vencer o câncer é vencer também a lei do silêncio que cerca esta e outras doenças.

A VIDA BEM TEMPERADA

Há uns anos fiz um curso de medicina comunitária na cidade de Beersheva, em Israel. Os participantes, médicos latino-americanos, foram alojados num hotel da cidade. Ali tínhamos as aulas teóricas e ali fazíamos as refeições. Comida simples, mas abundante, como é o, costume israelense. Efeito imediato: aumentamos de peso. Um outro efeito, curioso e insuspeito, ocorreu dias após.

Entre os médicos havia um mexicano, alto funcionário do Ministério da Saúde de seu país, homem elegante, gentil, simpático, falador. Com o passar dos dias esse doutor, por alguma estranha razão, foi ficando silencioso, desanimado. Todos notavam essa transformação e todos se inquietavam. Finalmente, ele próprio atinou com a causa do seu mal-estar. Telefonou para a esposa e dois dias depois recebeu — por avião — o antídoto: aquela pimenta braba, chamada *chili*, e vários outros condimentos astecas, que de imediato passou a adicionar à comida. Em uma semana, ele parecia uma fênix renascida das próprias cinzas. Tudo graças aos temperos.



O ser humano distingue-se dos animais por várias coisas, entre elas por temperar sua comida. Ninguém jamais viu o tigre rejeitar a presa que está devorando por falta de sal, mas nós não conseguimos preparar uma refeição sem recorrer ao saleiro. Lembro da contrariedade dos cardíacos que atendi, quando lhes dizia que teriam de suprimir o sal: a comida fica sem graça,

doutor.

Fica sem graça. O tempero é isso, é graça. Trata-se de uma necessidade psicológica, mas nem por isso menos real: basta pensar nos riscos que corriam as caravanas e as caravelas que viajavam ao Oriente em busca de especiarias. Houve uma época em que cravo e canela valiam fortunas.

Mas especiarias são coisas mais refinadas. O condimento básico continua sendo o sal. No caso, a necessidade não é só psicológica: trata-se de uma substância química necessária ao funcionamento do organismo. Os animais são capazes de andar quilômetros em busca de sal. O ser humano não é exceção. Prova disso é que a palavra “salário” vem de sal, porque em sal eram pagos os legionários romanos. Sal que depois trocariam por outros produtos.



Sal é necessário. Mas as necessidades orgânicas de sal são modestas. Por força do hábito, a gente consegue contrariar a sabedoria do corpo. Habitamos nosso organismo a grandes quantidades de sal — e de condimentos, e de açúcar e de gorduras. É uma dependência. No caso do sal, o famoso teste do saleiro é uma prova: a pessoa que, antes mesmo de experimentar a comida, já adiciona sal é porque está dependente. Esta pessoa sabe que o sal previamente colocado no alimento sempre será pouco para ela.

De uma pessoa que não nos entusiasma costumamos dizer que “é sem sal”. Mas, quando a conta do restaurante (ou do hotel, ou da mecânica que nos consertou o carro) ultrapassa os limites do razoável, dizemos também que é “salgada”. Ou seja: sabemos que existe um meio termo, definido pela expressão “bem temperado”. E, assim como Bach denominou de “Cravo bem

temperado” uma de suas composições, devemos fazer de nossa existência uma vida bem temperada. O que significa tomar consciência do excesso de sal, ou de condimentos, ou de açúcares, ou de chocolate. Ao fim e ao cabo, isso aumenta nosso prazer. Na sua *História Natural*, o sábio Plínio introduziu a expressão *Cum grano salis*, com um grão de sal, com certa ressalva. É assim que temos que usar o sal: *cum grano salis*, com certa ressalva.

PLANTAS E SAÚDE

A idéia de que plantas fazem bem à saúde e curam doenças é antiga na medicina. Há pelo menos um episódio famoso a respeito: foi com uma curandeira que William Withering aprendeu a usar a dedaleira, uma planta que faz urinar abundantemente e que era receitada para cardíacos. Mais tarde, contudo, o princípio ativo da planta, a digital, foi isolado, e as pessoas passaram a tomá-lo sob forma de comprimidos. Há nisto uma óbvia vantagem: pode-se saber exatamente que quantidade da droga o paciente ingere. E esta se tornou a regra: se a planta tem algum efeito benéfico, pesquisa-se, no laboratório, a substância química responsável por isso. O laboratório substituiu o jardim e a floresta. Foi o que aconteceu com a aspirina e o quinino, também descobertos a partir de plantas.



Nem todos, porém, seguem esta tendência. Muita gente continua usando plantas no tratamento de doenças: são os herbalistas, em geral adeptos da medicina tradicional chinesa, que divide as plantas em “estimulantes” (*yang*) ou “calmantes” (*yin*). Mas também classificam-nas por seus efeitos: antiinflamatórias, antiespasmódicas, tranqüilizantes. Os herbalistas preferem tratar doenças crônicas, como asma, eczema, artrite.



E curam? Bem, aí a resposta já não é tão simples. Muitos herbalistas dirão que seu objetivo não é a doença propriamente

dita, ou o sintoma, mas sim a condição geral do paciente. A medicina tradicional não acredita muito nisso, inclusive porque os herbalistas não realizam estudos à maneira clássica que envolve, por exemplo, comparar um grupo de pacientes tratados com outro grupo controle e verificar se a diferença é estatisticamente significativa. “Há ainda pouca evidência da eficácia do herbalismo tal como é praticado”, diz um artigo do *British Medical Journal*.



Existem outros problemas. Muitas plantas têm efeitos tóxicos — afinal, Sócrates foi morto com cicuta, um veneno vegetal. Além disso, podem interferir com medicamentos convencionais. O ginseng, por exemplo, pode prejudicar a ação de drogas antidiabetes, aumentando o açúcar no sangue: não deve ser usado em diabéticos. Finalmente, o uso dessas plantas pode adiar um outro tipo de tratamento, mais eficaz e mais necessário. Lembro-me de um caso em que uma menina, queixando-se de dor abdominal, foi tratada por vários dias com uma preparação à base de plantas. Não havia melhora, e finalmente ela teve de ser operada de urgência: era uma apendicite já com peritonite, uma complicação grave e potencialmente mortal.

Na Bíblia, Deus diz a Adão e Eva que podem comer todas frutas do Paraíso, menos o fruto proibido. No herbalismo também existem frutos proibidos. Para descobrir quais são o melhor ainda é perguntar ao médico.

DOR DE CABEÇA: UMA TENTATIVA DE CONSOLO

As dores dividem-se em humildes e nobres. Dor nos pés, por exemplo, é humilde, é coisa de quem passa o dia em pé (balconistas de loja) ou caminha muito (carteiros). Lombalgia é também humilde: o lombo é o lugar onde a gente carrega, resignadamente, a carga da vida. A medida que se ascende no corpo as dores vão ganhando *status* — dor no peito é mais nobre, e mais ameaçadora do que dor de barriga — ainda que esta regra comporte exceções: dor de garganta é coisa prosaica, dor de dentes não é só humilde, é humilhante. Quando se trata de cabeça, porém, não pode haver dúvida: esta é uma dor mui nobre porque, desde a Antigüidade, a cabeça é reconhecida como a sede do pensamento, do raciocínio. Na mitologia grega há um relato muito significativo: Zeus tem uma terrível dor de cabeça; seu crânio racha e de lá emerge Palas Atenas, a deusa da sabedoria. Para os romanos, a cabeça (*caput*) era o órgão não apenas da inteligência como da alma. Aí vem a prática da decapitação: não apenas a morte física, morte espiritual também. O valor simbólico da cabeça, diz o historiador Jacques Le Goff, se acentua singularmente na cristandade: Cristo é a cabeça da Igreja. A metáfora logo foi cooptada pela política: na Idade Média o rei passou a ser o “cabeça” do Estado.



Cabeça é importante, mas isso não quer dizer que seja

imune à dor, pelo contrário. Há muitas razões pelas quais pode doer. Em primeiro lugar, é uma região muito vascularizada e isso explica em parte a enxaqueca, ligada à dilatação e excessiva pulsação dos vasos sanguíneos. Em segundo lugar há o componente emocional, que se expressa, por exemplo, na chamada cefaléia de tensão, em que a nuca é um lugar particularmente doloroso. A famosa *pain in the neck* dos norte-americanos lembraria nossa vinculação a outras espécies de animais. O que faz um mamífero, subitamente alarmado? Levanta a cabeça, tracionando a musculatura da nuca. O mesmo faz o executivo ansioso com a queda das vendas. E aí, a dor de cabeça.



Consolo: a cabeça freqüentemente dói em quem a usa muito. Não foram poucos os cientistas, os intelectuais e os escritores que sofreram de dor de cabeça. Um exemplo famoso é o do poeta João Cabral de Melo Neto, recentemente falecido. Exatamente porque as cefaléias o atormentavam, mostrava-se muito grato à aspirina, dedicando-lhe até um poema:

*Claramente o mais prático dos sóis,
o sol de um comprimido de aspirina:
de emprego fácil, portátil e barato,
compacto de sol na lápide sucinta.*

Convenhamos: um belo poema como este até que vale uma dor de cabeça. Desde que, claro, se tenha uma aspirina à mão.

A CONTROVÉRSIA DA CIRCUNCISÃO

“Todo macho entre vós será circuncidado... E um símbolo da aliança que com vós terei.” A citação é de Gênesis, e é provavelmente a mais famosa alusão a uma muito antiga operação, a circuncisão. Que, contudo, não se restringe aos hebreus. É praticada em várias culturas, desde os árabes até os aborígenes australianos. E a pergunta que se impõe é: quais são, afinal, os problemas com esta pele que recobre a extremidade do pênis?



Um problema existe, e é real: a fimose. Por vezes o prepúcio é estreito demais e dificulta até a micção. Neste caso a postectomia (denominação médica para circuncisão) está indicada. Será que existem outros benefícios? Esta é a dúvida, expressa no subtítulo de um livro sobre o assunto, recentemente aparecido nos Estados Unidos: *História da mais controversa operação do mundo*.

A Bíblia não fala em benefícios à saúde trazidos pela circuncisão. O que sempre suscitou dúvidas: é uma forma, não explicitada, de evitar doenças — ou é um ritual? A antropóloga Mary Douglas defende a segunda hipótese; trata-se de uma marca tribal, destinada a diferenciar os “nossos” dos “outros”. Mas a idéia da circuncisão como prática preventiva sempre teve adeptos: já a partir do século 19 surgem numerosos pareceres neste sentido. Dizia-se que a circuncisão poderia evitar doenças sexualmente transmissíveis, o câncer de colo de útero na mulher e o câncer de pênis em homens. Grande parte dos trabalhos neste sentido baseava-se, contudo, em dados esporádicos. Quando

estudos foram conduzidos em bases científicas mais rigorosas, boa parte da impressão desapareceu. No caso das doenças sexualmente transmissíveis levantou-se a seguinte dúvida: tratava-se de um efeito da circuncisão ou da cultura? Será que os homens circuncidados não são menos promíscuos, e portanto menos sujeitos ao contágio? Questionamentos similares foram levantados em relação às outras doenças. Isso não impediu que a circuncisão se tornasse quase uma rotina nos Estados Unidos, onde mais de 60% das crianças eram, até recentemente, circuncidadas. Por outro lado, surgiram dúvidas em relação aos aspectos psicológicos da circuncisão masculina, que está longe de ser aquela medonha ablação do clitóris ainda praticada em muitos lugares, mas pode, mesmo assim, causar traumas. Por causa deste debate, a Academia Americana de Pediatria criou um grupo de trabalho que, em 1999, publicou seu relatório sobre o tema. Diz o resumo: “Os dados disponíveis demonstram benefícios potenciais na circuncisão do recém-nascido; entretanto, estes dados não são suficientes para recomendar que o procedimento se torne rotina”.



Um trabalho publicado no *British Medical Journal* trouxe mais lenha à fogueira. Pesquisadores da Universidade de Melbourne (Austrália), depois de analisar mais de 40 estudos sobre o tema, chegaram à conclusão de que a probabilidade de um não-circuncidado se infectar pelo vírus da Aids pode ser até oito vezes maior do que a dos circuncidados. Mais do que isso, não atribuem esta diferença a um fator cultural, mas sim à própria anatomia do prepúcio, que facilitaria a infecção. Ou seja: volta a controvérsia. Será que o assunto vai terminar num programa de tevê tipo *Você Decide*?

O ANTIBIÓTICO DA SEXTA-FEIRA

O Dilema do Médico é o título de uma peça do grande Bernard Shaw. Título significativo: a medicina é, em grande parte, dilema. Hospitalizar ou não hospitalizar? Operar ou não operar? Tratar ou não tratar? Agora, no inverno, um dilema ocorre com frequência: usar ou não antibióticos na infecção respiratória de criança?

É um dilema explicável. Em primeiro lugar por causa de uma incerteza diagnóstica. A infecção — na garganta, por exemplo — é causada por um vírus ou por uma bactéria? Se for bactéria, o antibiótico está indicado. Se for vírus, em princípio não está indicado, mas como existe a possibilidade de uma complicação bacteriana, talvez seja prudente, etc., etc.



Este dilema é mais complexo do que parece. Porque tem desdobramentos, sobretudo quando se trata de criança pequena. Os pais se preocupam, às vezes ficam muito ansiosos: não será melhor receitar uma coisa “forte”? No limite, esta situação pode ter repercussões sérias, sobretudo numa época em que processos contra médicos são cada vez mais freqüentes. É neste contexto que surge a expressão mencionada em um artigo da revista *Pediatrics*: o antibiótico da sexta-feira. A criança está doente; o fim de semana se aproxima, os familiares têm medo de não encontrar o médico, este também teme uma complicação. Resultado: a receita de antibiótico.



Que está longe de ser inócua. Em primeiro lugar, pelo preço: tais drogas não são baratas. Em segundo lugar, muitos antibióticos podem causar reações graves. Em terceiro lugar, o seu uso inadequado está associado à emergência cada vez maior de resistência bacteriana (este argumento talvez seja o último a ocorrer: trata-se de um problema da população, não individual). Por todas estas razões, os pais — sobretudo os mais informados — às vezes recusam os antibióticos, o que complica ainda mais a situação.

Recomendações para o uso de antibióticos nessas situações têm sido divulgadas há décadas, mas, como admite o artigo, raras vezes são seguidas. Cada caso é um caso, dizem muitos doutores, e não deixam de ter razão. O próprio articulista, um microbiologista da Universidade de Rochester, lista medidas: por exemplo, é bom esclarecer se uma dor de garganta é causada ou não por bactéria, o que exige um exame do material da faringe (o que, convenhamos, não é muito fácil). Mas há uma recomendação muito simples e sobre a qual público e profissionais deveriam meditar: trata-se de tomar uma decisão em conjunto. Os pais precisam ser informados de todos os fatores que levam à adoção (ou à recusa) da terapia antibiótica. Nesse sentido, o médico precisa muitas vezes funcionar como um educador, explicando às pessoas os benefícios e os riscos da medicação. Nenhuma receita substitui essa necessária troca de idéias. Muito menos a receita do antibiótico da sexta-feira.

A MENTE DOMINADA

Ao menos em seu início, a história da hipnose estava associada à noção de poder de uma mente sobre outra. E havia razões para isso. Muitos rituais religiosos, nos quais os fiéis obedeciam cegamente às ordens de sacerdotes, baseavam-se em manobras hipnóticas, ainda que nem hipnotizadores nem hipnotizados soubessem disso. Tão forte era o fascínio dessa idéia que ela não foi abandonada nem mesmo quando os fundamentos da hipnose começaram a ser estudados, o que aconteceu a partir do século 18. Foi então que fez sua espetacular entrada no cenário europeu aquele que é provavelmente o mais famoso hipnotizador de todos os tempos, Franz Anton Mesmer.



Médico, o austríaco Mesmer começou sua carreira em Viena. De início estudou direito, depois optou pela medicina. Conseguiu facilmente um diploma plagiando a tese de doutorado de um contemporâneo. Tratou em seguida de assegurar o sustento, casando com uma rica viúva. Vida regalada, a dele: nos jardins da sua mansão, o jovem Mozart veio encenar a sua primeira obra.

Mas Mesmer tinha pretensões científicas. Impressionado pela recente descoberta da eletricidade, especulou que um fluido igualmente invisível e poderoso existisse em corpos animais, podendo passar de um para outro: era o que chamava de “magnetismo animal”. Da má distribuição desse fluido resultariam várias doenças que se propunha a curar. Para isso criou um tratamento: os pacientes (na verdade, as pacientes, porque em sua

maioria eram mulheres, em geral histéricas) sentavam ao redor de uma espécie de banheira na qual havia um líquido. Nele, mergulhavam uma haste de ferro, cujo simbolismo é mais do que evidente — e então freqüentemente caíam em transe, durante o qual Mesmer, vestido como mágico, tocava-as e estimulava-as (que estímulo era esse, pode-se imaginar).

Acusado de comportamento imoral foi para Paris, onde a princípio fez sucesso. Mas então, uma comissão científica nomeada pelo rei e composta de sumidades como Benjamin Franklin, Lavoisier e o médico Guillotin (isto mesmo, o inventor da guilhotina) rechaçou-o como charlatão. A Revolução Francesa ajudou a terminar a sua carreira. Teve de fugir de novo e acabou morrendo no esquecimento. Mas a lembrança de sua extraordinária figura ficou, inspirando inclusive um filme (que existe em vídeo) com Alan Rickman. E a hipnose continuou sendo usada, inclusive por Freud, que a ela recorreu no início de seus trabalhos como uma chave para abrir a porta do inconsciente — preferindo depois a livre associação.



Muitos médicos usaram e continuam usando a sugestão hipnótica. Estudante de medicina, acompanhei o trabalho de um cardiologista que pretendia aplicá-la ao tratamento de várias doenças. Na Santa Casa, ele fez uma demonstração de seu método em um paciente lá hospitalizado. O doutor disse-lhe que o hipnotizaria, e que — sem dor alguma — lhe enfiaria uma agulha. Partiu para aquelas manobras que induzem o transe, espetou a agulha no braço do homem e depois mandou que abrisse os olhos.

— Sentiu dor?

— Para dizer a verdade, senti — foi a contrafeita resposta.

— E por que não me avisou? — perguntou o doutor,

surpreso.

— O senhor disse que eu não ia sentir nada e como o senhor é o doutor, não quis lhe contrariar.

Ou seja: a hipnose tem mistérios que talvez só sejam revelados em transe hipnótico.

MITO OU VERDADE?

(OS DILEMAS DA MEDICINA POPULAR)

Em muitas escavações arqueológicas foram encontrados crânios humanos com uma perfuração. Trata-se da mais antiga cirurgia da história da medicina: a trepanação. Feita não por médicos, obviamente, mas por xamãs, feiticeiros tribais, utilizando instrumentos primitivos como pedras pontudas. Primeira pergunta: a troco de que era feito esse procedimento? Resposta: para liberar os maus espíritos da cabeça da pessoa. Segunda pergunta: funcionava?



Às vezes funcionava. Vamos supor que o paciente tivesse sofrido um traumatismo craniano, resultante da patada de um tigre ou do golpe de um inimigo. É possível que, nestas circunstâncias, a trepanação aliviasse o excesso de pressão dentro do crânio, uma situação potencialmente mortal. O prestígio do feiticeiro dependia desses casos. Graças a eles, as trepanações continuavam sendo feitas.

A história da medicina está cheia de exemplos assim, alguns dos quais chegaram aos nossos dias. A purga, por exemplo. Durante milênio acreditou-se que purgantes ou lavagens intestinais (o clister) tinham o poder de “limpar” o organismo, livrando-o de suas impurezas. Frequentemente, porém, o paciente piorava, debilitado pela diarreia, que lhe espoliava líquido e sais minerais. Por que, então, as pessoas tinham tanta fé na purga? Aí

é preciso lembrar o significado simbólico da evacuação. Purgar é redimir-se: a alma purga-se na penitência.



Ao folclore brasileiro também não faltam tratamentos mágicos. No interior do Ceará, a doença mental é tratada dando-se ao paciente um pombo cozido em uma panela de barro ainda não usada. Em muitos lugares cura-se a embriaguez dando ao bebum caldo de coruja. Câncer: chá de couro de jacaré, ou suco de caranguejo pilado. Criança que não consegue urinar? Chá de asas de grilo. Paralisia? Aplicações de caldo de carne nas pernas. Na Paraíba, afecções dos olhos são supostamente curadas com colírio feito de ossos de camaleão. Diz-se também que o estrume de coelho resolve qualquer conjuntivite. Tudo isso parece absurdo, mas de repente surge algo que funciona, como o chá da dedaleira no tratamento de pacientes cardíacos: dessa planta foi extraída a digital, hoje uma droga clássica.



A dúvida então fica: como diferenciar a credence daquilo que pode ser a indicação promissora de um novo tratamento? Só há uma maneira: entendendo aquilo que, na realidade, está acontecendo. Esse entendimento se refere, claro, à ação farmacológica ou de outro tipo, mas também à dimensão simbólica. A crença mágica nada mais é que a expressão do desamparo. *I need it like I need a hole in my head*, dizem ironicamente os americanos, comparando algo incômodo ou desnecessário a um buraco na cabeça. Mas houve época em que o buraco na cabeça era o derradeiro recurso.

OS PRISIONEIRO DO VENTRE

A expressão é eloqüente, impressionante mesmo: prisão de ventre sugere a imagem do pobre intestino atrás de grades, clamando em vão por liberdade. Uma imagem suficientemente forte para fazer com que milhões de pessoas se tornem consumidoras de laxativos ou até que procurem médicos. Agora: será que o problema é tão grave assim? Será que ele, em realidade, existe? A pergunta se justifica. Prisão de ventre, ou constipação, ou encoprese, não é um conceito unânime, pela simples razão de que não existe um padrão “normal” de evacuações, cuja frequência pode variar de 3 a 12 vezes por semana, sem qualquer problema. Em geral, tudo o que é preciso é tomar mais líquidos, ingerir mais fibras, fazer algum exercício físico — isto, claro, quando não existe uma doença dificultando o trânsito intestinal, o que é mais raro e precisa ser investigado. .



A preocupação com os hábitos intestinais é antiga, como o é o uso de purgativos. Durante muito tempo, o objetivo maior dos médicos era “livrar” o organismo, aliviá-lo dos excessos e das impurezas. Isso era feito de duas maneiras: pela sangria e pela purga. Esta compreendia dois métodos: um era o clister ou lavagem, feito com uma longa seringa, conhecida como “a escopeta de Hipócrates”, denominação um tanto estranha se considerarmos que a escopeta, arma de fogo, não existia à época do pai da medicina. Não era um procedimento médico: ficava a cargo de uma empregada. A duquesa de Borgonha, por exemplo, submetia-

se à lavagem enquanto recebia cortesãos (graças aos amplos vestidos, a coisa era feita disfarçadamente). Ou então recorria-se a purgativos: o calomelano, um sal de mercúrio, era muito usado (só mais tarde descobriu-se que o mercúrio é tóxico). A purga era feita pela manhã, em determinados dias, selecionados conforme os signos do zodíaco.



Por que essa obsessão com a prisão de ventre? Independentemente do desconforto que essa situação possa, eventualmente, causar há um outro aspecto, tão ou mais importante: o simbolismo representado pelas fezes. Não se trata apenas de dejetos, de algo que o organismo precisa se livrar. Freud postulou que as crianças pequenas (dois a quatro anos) tendem, ao contrário, a reter as fezes que são, por assim dizer, a sua única propriedade, a sua única riqueza. Com que os pais, claro, não concordam; assim, a criança vê-se diante de um dilema: ou “cede” o excremento, trocando-o pela aprovação dos genitores, ou o retém, “para afirmação de sua própria vontade”. Nasce daí aquilo que muitos psicanalistas denominam de caráter anal, expresso pela obstinação, e também pelo amor à ordem e pela avareza — as fezes também simbolizam riqueza. Não é de estranhar, portanto, que a modernidade capitalista, que, ao menos em seu início, valorize a poupança, seja uma época de ventres muito presos. E de purgativos.

A modernidade também é uma época de banheiros confortáveis, luxuosos, até. É a privacidade confortável. Não admira que muita gente passe tempo no banheiro — lendo, por exemplo. Um hábito que os proctologistas, aliás, condenam, mas que é tentador. Há pessoas que têm verdadeiras bibliotecas nos banheiros. O que para mim é motivo de ambivalência: é uma coisa

que, por minha formação médica, não posso aprovar mas que, como escritor (e leitor), entendo perfeitamente. Sugestão aos leitores de banheiro: prefiram o gênero curto, tipo conto, ou, melhor ainda, miniconto. Mas leiam um só de cada vez. E não esqueçam as fibras.

O CÂNCER COMO MENSAGEM

No Rio Grande do Sul, como em muitas outras regiões, duas são as principais causas de morte: a doença cardiovascular e o câncer. São enfermidades diferentes, cada uma representando um paradigma. No caso da primeira, temos um problema que é freqüentemente mecânico: um vaso que entope, no caso de enfarte, ou estoura, no caso de acidente vascular cerebral hemorrágico. Ora, entupimento é uma coisa antiga e que até faz parte de nosso cotidiano: todos nós já tivemos de chamar um encanador para desentupir ou substituir um cano. Portanto, quando temos uma situação semelhante em nosso organismo contamos, ao menos, com o consolo da compreensão.



O câncer é diferente. O câncer é uma doença pós-moderna, uma doença da informação. O organismo humano contém cerca de 10 trilhões de células. Trata-se de uma grande comunidade que é, em geral, disciplinada. Mas, de vez em quando, uma “célula renegada” (a expressão é de Robert Weinberg, pesquisador americano e autor de um livro com esse nome) resolve embarcar sozinha num programa de ambiciosa auto-expansão — como essas ferozes corporações que, na guerra pelo mercado, vão em frente, sem qualquer consideração pelos direitos alheios. A causa disso é uma mensagem genética anormal, que a célula vai transmitir às suas descendentes. O organismo tenta convencer a “renegada” a desistir de seu propósito, às vezes até pela apoptose, que é uma espécie de suicídio celular, semelhante àquela

mensagem do seriado de televisão *Missão Impossível*, que vinha numa fita gravada e se autodestruía depois que era ouvida. Mas, por alguma razão, a célula pode prosseguir em sua trajetória. Quando o número de suas descendentes chegar a um bilhão, o tumor será palpável. E nesse momento que uma mulher, tocando sua mama, dirá: “Tem alguma coisa aqui”.



Alguns tipos de câncer — o de estômago, por exemplo — são hoje menos importantes em termos de incidência e/ou mortalidade. Não o câncer de mama. As razões para isso podem ser várias e estão ainda em discussão. Por outro lado, o tratamento tem melhorado muitíssimo. Já vão longe os dias em que a mastectomia radical, introduzida por William Halsted no começo do século 20, era a única solução. Hoje temos drogas bastante eficazes. Nenhuma delas, contudo, é a “pílula mágica”, que a penicilina representou para a sífilis ou que a vacina representou para a pólio. Assim, a detecção precoce do câncer de mama continua sendo importantíssima.



Deve-se falar nisso? Será que notícias desse tipo não causam pânico? A dúvida tem fundamento. Diante de notícias sombrias, as pessoas podem adotar uma atitude de negação, denominada “dissonância cognitiva” pelo psicólogo Leon Festinger: sabemos o que é bom para nós, mas ficamos tão assustados, que preferimos esquecer. A esse respeito, um estudo foi feito em Leicester, Inglaterra. Tratava-se de câncer de intestino, mas o raciocínio é o mesmo. Concluiu-se que, quando a mensagem é bem apresentada as pessoas adotam, sim, as providências necessárias para a proteção de sua saúde.

Ou seja: combatemos a informação com a informação. De

momento, ainda não podemos neutralizar a mensagem biológica emitida pela “célula renegada”. Mas podemos usar a informação consciente para combatê-la. E propagar essa informação, sobretudo em termos do auto-exame, é da maior importância. Se boatos malucos se espalham pela internet com a velocidade de um raio, por que não podemos fazer o mesmo com uma boa notícia?

O AMANTE LATINO: RAÍZES BIOLÓGICAS

Um senhor de 72 anos scandalizou o público na Universidade de Berkeley com suas — para dizer o mínimo — heterodoxas idéias sobre sexualidade. Assunto sempre perigoso para um conferencista idoso, que corre o risco de ser rotulado como *dirty old man*, velho safado. No caso havia um motivo adicional, e muito importante, de escândalo: o palestrante era ninguém menos que James Watson, um dos pais do DNA e Prêmio Nobel de Medicina (aos 34 anos). Diga-se de passagem que Watson não é o primeiro Nobel a provocar controvérsia. Linus Pauling, químico que ganhou o prêmio em 1954, tornou-se um fanático apologista da vitamina C. Um entusiasmo, contudo, não compartilhado pelos médicos em geral.



Mas acreditar em vitamina C não chega a causar espanto. Com Watson a coisa é diferente. Ele sustenta que homens de pele escura têm mais desejo sexual que os de pele clara. Baseou essa teoria em uma insólita experiência realizada na Universidade do Arizona. Depois de receber uma injeção de melanina — o pigmento que dá cor escura à pele — um homem teve uma ereção de oito horas, o que enfia no bolso todos os Viagras deste mundo. Watson diz que uma proteína, a pro-opiomelancortina, que intervém no processo de produção da melanina, seria a responsável por esse efeito afrodisíaco.

Nada disso, naturalmente, está confirmado, mas a teoria

vem ao encontro de dois estereótipos norte-americanos. Um deles: os negros teriam um desejo sexual excessivo, especialmente por mulheres brancas. O número de infelizes linchados pela Ku Klux Klan com base nesse argumento — que Freud sem nenhuma dificuldade explicaria — foi enorme.

A versão mais *light*, mais aceitável — e mais conveniente — desse mito é a história do amante latino, consagrado por Hollywood. A primeira figura dentro do paradigma foi o lendário Rodolfo Valentino (1895-1926). Nascido Rodolfo d'Antonguolia, era um imigrante vindo do sul da Itália, que trabalhou como dançarino até ser descoberto pelo cinema, tornando-se o primeiro ator com *sex appeal* que não correspondia ao tipo americano clássico. De imediato, a indústria cinematográfica descobriu o filão.

E também a indústria do turismo. A Cuba de Fulgencio Batista, o Caribe em geral, o Rio de Janeiro, tornaram-se destinos preferenciais para mulheres americanas de meia-idade, endinheiradas e sexualmente insatisfeitas. Nos anos quarenta, este movimento foi favorecido pela política de boa vizinhança: o governo americano queria incrementar as relações com a América Latina, aliada na luta contra os países do Eixo.



Nem todos (e nem todas) eram fãs do amante latino. Em 1936 apareceu na *Esquire* um artigo da jornalista Helen Brown Norden, aliás publicado sob pseudônimo. A autora, que viajara a Cuba em busca de amantes, voltou decepcionada. Os tais latinos, disse, vestem-se mal, bebem demais, não sabem dançar, estão sempre se coçando ou contando anedotas inconvenientes sobre gases. E, por fim, a grande denúncia: fracassam na cama, mesmo fazendo uso dos mais variados afrodisíacos. Norden citava a

opinião de uma amiga de Manhattan, para quem, no sexo, “os piores americanos são melhores do que os melhores cubanos”.



A reação ao artigo não tardou. A revista foi apreendida em Cuba. Numerosos leitores, cubanos principalmente, escreveram protestando e devolvendo as acusações: as mulheres americanas, vestidas em *jeans*, tomando álcool e fumando, seriam pouco femininas. Mas houve um leitor (americano) que usou o bom senso. A reputação do amante latino é exagerada, disse ele, “mas não mais exagerada que os planos de Stalin ou a doutrina de superioridade racial de Hitler”. Ou seja: detectou o preconceito que havia atrás do estereótipo.

Um estereótipo ao qual James Watson quis dar base científica. Duvido que o consiga. Sexo não depende só de moléculas. Felizmente.

A PERVERSA MENTIRA DO ESPELHO

Na Bíblia lemos que Deus confeccionou o corpo humano daquele mais humilde dos materiais, o barro. Humilde ou não, não faltam, nas Escrituras, recomendações sobre como tratar esse invólucro terrestre; o Levítico, por exemplo, está cheio de regras de higiene.

Essa ambivalência vai aparecer em muitas culturas. Os gregos antigos glorificaram o corpo, tema constante de sua arte: os Jogos Olímpicos eram celebrações do físico. Isso não impediu Platão de caracterizar o corpo como “a tumba do espírito”; Sócrates, mais benigno, falava na “prisão da alma”. Já Aristóteles recomendava o cuidado do corpo como forma de preservar essa mesma alma.



Cristo alimentará famintos e curará doenças; mas o cristianismo, sobretudo o medieval, privilegiará cada vez mais a alma em detrimento do corpo. O ascetismo e a penitência tornar-se-ão a regra em muitas ordens religiosas. A seita dos Flagelantes recorria inclusive ao autocastigo na expiação de pecados. São Francisco, diz-se, chamava o corpo de “Irmão Animal”, atitude que não era, no entanto, partilhada por Tomás de Aquino, para quem a virtude era também a virtude do corpo.



Com a modernidade, a balança inclina-se decisivamente para o lado do material, do corpo. A Renascença retoma-o como inspiração artística. Botticelli, Leonardo, Rafael, Michelangelo

retratarão o corpo como visão gloriosa. Aos poucos, a sensualidade vai entrando na arte e hoje é desta componente indispensável, como pode ser constatado em qualquer filme. Mais que isso, nasceu um culto do corpo. Basta ver o uso cada vez mais difundido da própria palavra, que agora tem apelo irresistível.

As pessoas querem ter um corpo bonito, e para isso recorrerão a qualquer esforço. O ascetismo que, na Idade Média, era usado para domar, quando não para castigar o “Irmão Animal”, agora transforma-se em dietas e em programas de exercício físico.



Tudo bem. O problema surge com as distorções — que, em matéria de corpo, não são raras. A preocupação com a obesidade pode levar à anorexia nervosa, situação em que o alimento é evitado como se fosse veneno. É uma situação mais comum em mulheres, que supostamente preocupam-se mais com a auto-imagem corporal. Mas homens não são imunes à vaidade, pelo contrário. Também eles perguntam, como a rainha da história: “Espelho meu, espelho meu, há alguém mais belo do que eu?” E, seja por sentimento de culpa, ou por outra razão qualquer, a resposta é muitas vezes negativa: você é uma figura deplorável, cara. Essa situação tem até nome científico: dismorfia, e acomete homens entre 25 e 49 anos de idade. O termo, na verdade, não é dos mais felizes, porque significa forma distorcida ou prejudicada, e isso só acontece em imaginação, não na realidade. Para os dismórficos não há musculação que chegue; do espelho virá sempre um olhar zombeteiro porque o homem, como disse Ralph Waldo Emerson, é um par de olhos cavalcando um par de pernas. Para esses olhos implacáveis, as pernas (e os braços) nunca estarão suficientemente em forma. É preciso muito bom senso

para evitar que, como temia Sócrates, o corpo se transforme numa cruel prisão do espírito. Adônis, o jovem grego belo como um deus, foi morto por um urso selvagem que não estava nem aí para as belezas do Olimpo. O urso, como sabemos, é um animal muito forte. O que não sabemos é se ele é suficientemente inteligente.

A SÍNDROME DO CANHOTO

A primeira, e muito importante vitória da direita, foi exatamente isso, conseguir o lugar na direita — o lugar físico, não o político. Isso aconteceu na Assembléia francesa de 1789, quando os nobres e seus aliados astutamente sentaram-se à mão direita do rei. É verdade que pouco depois o soberano literalmente perdeu a cabeça (na guilhotina), mas a divisão estava consolidada: à direita, os conservadores, à esquerda os revolucionários, ou, pelo menos, reformistas. Os últimos tiveram de arcar com todos os estereótipos envolvendo as duas metades do corpo humano, estereótipos estes presentes em várias culturas.



Assim, para os maoris, a direita é o lado sagrado, o lado dos poderes bons, criativos; a esquerda é a sede de poderes sombrios, malignos. “Sinistro” vem do termo latino para esquerdo. A palavra inglesa *left*, esquerda, vem do anglo-saxão *lyft*, que significa fraco, quebrado. O francês *gauche* não é menos pejorativo; significa inábil, incompetente, feio. Num famoso poema Carlos Drummond de Andrade, cético em relação ao prestígio e ao poder da poesia, conta que, ao nascer, um anjo lhe disse: “Vai, Carlos, *ser gauche* na vida”. Claro, todo mundo gostaria de ser um *gauche* como Drummond. Mas ele é exceção.



Quando estamos falando em mãos, a esquerda fica muito pior. Porque a mão é uma das maiores características de nossa

condição humana e, supostamente, superior. A oposição do polegar aos outros dedos deu-nos uma habilidade que nem mesmo os chimpanzés têm. Mas essa glória vale para os destros. Os canhotos, como diz Stanley Coren, professor de psicologia na Universidade de British Columbia, em *The Left-Hand Syndrome*, são objeto de preconceito e de humilhação, mesmo porque constituem minoria: 10% da população. Mas essa não é a regra na natureza. Os primatas em geral usam mais uma das mãos, nem esta mão será a direita ou a esquerda, em proporções mais ou menos iguais.

Contudo, e como se pode ver em desenhos datando de milhares de anos, a preferência humana pela mão direita é antiga, tão antiga que já faz parte da organização cerebral. Pode ter surgido como uma coisa cultural, mas agora é biológica. Uma consequência disso é que o mundo é planejado para destros. Um canhoto tem muita dificuldade em usar um abridor de latas, por exemplo. Ou uma cafeteira elétrica. Ou um teclado de computador, que tem as teclas com números do lado direito. Ou ferramentas em geral. Não é de admirar que os canhotos estejam mais sujeitos a acidentes: 20% de risco adicional nos esportes, 25% no trabalho em geral, 50% no uso de ferramentas.

Daí se explica o texto elaborado por um canhoto famoso, Benjamin Franklin, e que diz, lá pelas tantas: “Desde cedo aprendi que minha irmã pertencia a um nível educacional superior... Ela recebia mais atenção, mais treinamento... Mas, se eu me atrevia a empunhar um lápis, era censurada”. Assinado: “A mão esquerda”. Que, neste mundo do politicamente correto, tem toda a razão para se queixar.

SAÚDE & CONSELHOS

Alguém já disse que, se conselho fosse bom, não seria dado, seria vendido. Mas isso é um exagero mercantilista, provavelmente reflexo de uma época em que o mercado é o fator soberano em qualquer tipo de avaliação. Dar e pedir conselhos faz parte da natureza humana. Aliás, não por outra razão cada vez surgem mais livros de auto-ajuda, um gênero que em muitas livrarias já ocupa uma seção especializada (freqüentemente perto de “Esoterismo” ou de *New Age*, mas isso é outra história). Essa abundância mostra que não será por falta de conselhos que deixaremos de ser sadios. Portanto, não pretendo acrescentar minha contribuição a essa impetuosa torrente. Pretendo, contudo, formular uma questão: como é que a gente sabe que um conselho será útil?



Primeira regra: um conselho é útil quando ele é objetivo, quando não é vago. “Não se estresse”, por exemplo, aparentemente é uma boa recomendação, mas como que é que — num mundo estressante — a gente faz para não se estressar? Daí a exigência da objetividade. Que freqüentemente pode se traduzir em números. “Faça exercício”: quanto exercício? Meia hora por dia, quatro vezes por semana — pode ser uma resposta. A propósito, “fazer” é um verbo necessário em termos de saúde que é uma coisa comportamental: a gente “faz” coisas para ficar sadio. E são coisas que normalmente devem ser repetidas, se possível com certo automatismo: é o hábito. Escovar os dentes é algo que

fazemos assim, automaticamente. Quando o hábito é incorporado à cultura, ele se transforma num costume. Bom ou ruim, como é o caso do tabagismo.

Segunda regra: um conselho é útil quando leva em conta a necessidade de prazer. Saúde não é castigo, saúde não é chatice. Como diz a Organização Mundial de Saúde, saúde é um estado de completo bem-estar — físico, mental, social. Muitas pessoas têm a idéia de que dieta equivale a suplício. Tal idéia leva à ansiedade, e ansiedade leva a comer mais, o que leva à obesidade... O círculo vicioso do castigo. Ora, comer é bom, e é melhor ainda quando é uma coisa racional — não uma punição. O mesmo pode se dizer do exercício físico. Como é que a gente escolhe um programa de exercício físico? Começando pela pergunta: o que eu gosto de fazer? Caminhar, nadar, praticar esporte?

Terceira regra: não há milagres. Não há dietas mágicas, não existem equipamentos de ginástica capazes de resolver instantaneamente a necessidade de exercício. Há sim, um milagre, e este é a vida. O resto corre por conta do nosso bom senso e da nossa imaginação. Inclusive no que se refere à saúde.

O SOL: UMA OU DUAS COISAS BOAS QUE PODEMOS DIZER A RESPEITO

A saúde também tem uma bolsa de valores. Não tão maluca como a Nasdaq, mas volátil mesmo assim. Houve época em que radioatividade era considerada uma coisa boa, tonificante mesmo. Muitas águas minerais ostentavam no rótulo a orgulhosa indicação: “radioativa na fonte”. Aí os efeitos danosos da radioatividade começaram a aparecer e o rótulo foi convenientemente expurgado da antiga recomendação. Com a radiação solar aconteceu algo parecido, com maiores flutuações ainda. No século 19, o bonito — romântico, até — era ser pálido. Palidez significava vida em alcovas ou gabinetes, grandes emoções, grandes reflexões. Depois se descobriu que o sol era importante para evitar o raquitismo, a fraqueza óssea, e mais, que vida ao ar livre era vida sadia: emerge a era do bronzeado. Foi a época em que surgiram os solários, construções em que as pessoas eram expostas ao sol. Os mais sofisticados eram providos de potentes motores com o que podiam girar, acompanhando o movimento do astro-rei. Em vez de vidraças, tais construções tinham lentes nas janelas, o que aumentava a intensidade da luz.

Surgiram então evidências de uma associação entre sol e câncer de pele, tanto o Carcinoma como o temível melanoma. Também se evidenciou que os raios solares aceleram o processo de envelhecimento cutâneo. Evitem o sol, passou a ser a palavra de ordem.



Mas há argumentos a favor da exposição (sensata) ao sol. Vários foram listados num artigo do *British Medical Journal*. O sol previne o raquitismo, ajuda na psoríase e pode diminuir os óbitos por doença cardiovascular, talvez por ação protetora da vitamina D, cuja síntese é estimulada pelos raios solares.

Um outro argumento diz respeito à ação da luz. Os longos meses de inverno no hemisfério norte estariam associados com uma coisa chamada desordem afetiva sazonal — *seasonal affective disorder* ou SAD. Entre parênteses, os norte-americanos adoram acrônimos como este, que têm uma significação associada à situação que descrevem (*sad* quer dizer triste). Apenas para dar um outro exemplo: o papel do exercício físico na prevenção da doença cardíaca foi objeto de um estudo chamado *Multiple Risk Factor Intervention Trial*, ou MRFIT ou Mr. Fit — o senhor apto (apto do ponto de vista cardiovascular, claro).

No caso da luz, o que se observou foi um aumento da depressão nos longos invernos do Norte. Parece que a falta do estímulo luminoso diminui a quantidade de serotonina, um neurotransmissor cerebral. Resultado: desânimo, apatia, tristeza.



Até que ponto este fenômeno terá condicionado a história da humanidade? A pergunta é pertinente: nos lugares “depressivos” surgiram as revoluções da modernidade, a Revolução Comercial e a Industrial. De lá saíram navegadores, colonizadores, conquistadores. Por que a Europa conquistou a América e a África? Por que não aconteceu o contrário, os índios tomando conta da Inglaterra, por exemplo?

Talvez por causa da necessidade de combater a ameaça da depressão com a mania. Mania e depressão, como se sabe, muitas

vezes andam juntas — na chamada doença bipolar. Ameaçados pelo frio e pela escuridão, os europeus do Norte foram em busca do sol e do calor dos trópicos, e também das riquezas naturais e da mão-de-obra escrava. No que revelaram uma ferocidade que o trópico desconhece. Os índios guerreavam entre si e até comiam os inimigos mas, como observou Montaigne, pelo menos faziam uma refeição. No caso dos caras-pálidas, era o poder pelo poder, a riqueza pela riqueza. Qualquer coisa para deixar de ser *Sad*.



A conquista escarrada dos trópicos saiu de moda. Os capitais voláteis fazem isso de forma mais discreta e elegante. Nem por isso a desordem afetiva sazonal deixou de preocupar. Nos Estados Unidos, por exemplo, ela gera um muito lucrativo comércio. É só entrar na internet e ver os produtos que são anunciados para neutralizá-la: melatonina, caixas com lâmpadas... Agora, o meu favorito é o *Sun-Up*, um despertador que, por um preço meio salgado (US\$ 167,95) e utilizando luzes faz com que “amanheça” no quarto de uma pessoa. Ao som do canto de pássaros, várias lâmpadas vão se acendendo gradualmente, de modo que na hora marcada a pessoa tem o sol a domicílio.

Num país ensolarado como o Brasil não precisamos disso. Precisamos de racionalidade. Com ela, o sol pode até nos ajudar.

MENSTRUACÃO E CULTURA

O período que antecede a menstruação é, para muitas mulheres, incômodo. E, para a medicina, confuso.

A começar pela denominação. Em 1931, o conjunto dos problemas experimentados pelas mulheres antes das regras foi batizado de síndrome pré-menstrual. Síndrome é um conjunto de sintomas (aquilo que a pessoa sente) e de sinais (aquilo que se pode constatar pelo exame). Em geral, o número de sinais e/ou sintomas numa síndrome não passa de quatro, cinco. Mas, no caso da síndrome pré-menstrual, esse número chega, em algumas listas, a 150. Ou seja: quase tudo que pode perturbar um ser humano acomete as mulheres antes das regras.



Em medicina, abundância é freqüentemente sinônimo de escassez ou, pelo menos, de imprecisão. Se no rótulo de síndrome pré-menstrual cabem todos esses sinais e sintomas é porque o diagnóstico não está muito bem definido. O que se confirma pelos estudos estatísticos: a porcentagem de mulheres sofrendo da síndrome pré-menstrual varia amplamente de 5% a 70%, conforme os critérios de diagnóstico adotados. Mais: os sintomas variam segundo a região do globo: no Ocidente, predomina a depressão, a irritabilidade. No Oriente é a dor, a cólica.



A imprecisão não se limita ao diagnóstico, estende-se à terapêutica. Mais de 80 tipos de tratamento já foram listados para

essa condição. Razão: não se sabe exatamente o que causa a síndrome, se fatores hormonais, emocionais, ou ambos. Quando os últimos são muito intensos, passa-se a falar de desordem disfórica pré-menstrual (disforia é do grego: *dys*, perturbado, *phoros*, modo de se conduzir; o contrário de disforia é euforia), mas aí já estamos falando em um diagnóstico psiquiátrico.

Existe uma outra expressão, não muito científica, mas mais eloqüente: tensão pré-menstrual. Eloqüente porque descreve bem o clima psicológico que muitas mulheres experimentam antes das regras. Agora: por que as mulheres, algumas delas, pelo menos, deveriam se sentir tensas antes da menstruação?



Exatamente por isso, porque se trata de menstruação. Dificilmente um evento biológico gera mais tabus e superstições. Em grande número de culturas, a mulher menstruada é considerada impura, e não pode ser tocada. A questão é: de onde vem essa aversão, que acaba se refletindo na conjuntura emocional das pessoas?

Não é difícil deduzir. A mulher que menstrua deixou de engravidar. Não cumpriu, portanto, o preceito bíblico do “crescei e multiplicai-vos”. E isso, em tempos remotos, quando a mortalidade infantil era elevada e a sobrevivência grupal dependia de repetidas gravidezes, podia ser visto como transgressão.

Os tempos mudaram, a mulher já não é vista como uma máquina reprodutiva. Mas a imagem da menstruação não melhorou. Alguns doutores, como o baiano Elsimar Coutinho, defendem a supressão das regras pelos hormônios. Um assunto polêmico, para dizer o mínimo. Mais prudente, e talvez mais fácil, será as mulheres entenderem o que a cultura faz com o seu corpo. Pode não reverter a culpa ancestral, mas que ajuda, ajuda.

A DOR DA EXISTÊNCIA

O ser humano ganhou muito quando, ao longo de sua evolução, adotou a posição bípede.. Ficou com as mãos livres, e pôde usá-las para a colheita de frutos, para a caça, e, depois, para o trabalho. A mandíbula diminuiu, o cérebro aumentou de tamanho e ele ficou mais inteligente. O *Homo é sapiens* porque fica de pé, ainda que a pretensa sabedoria (ver guerras, massacres, preconceito, exploração, etc.) possa muitas vezes ser questionada.

Agora: pagamos um preço por isso. O nosso corpo não foi feito para esta posição. Sofrem os nossos pés, os nossos joelhos, e sofre a nossa coluna vertebral. Um sofrimento agravado pela postura, freqüentemente errada, que adotamos em casa, no escritório, na fábrica. E agravado também pela conjuntura emocional. A coluna é, por assim dizer, um órgão de choque para os nossos problemas psicológicos. A tensão em que vivemos traduz-se em contratura dos músculos que guarnecem a nossa espinha (que aí vira uma coisa muito espinhosa). Isso ocorre sobretudo na coluna cervical e na coluna lombar.



A coluna cervical é, de certa forma, mais nobre que a sua humilde congênere lombar. As vértebras cervicais estão mais próximas ao crânio. O pescoço, em que se situam, é uma região particularmente vulnerável do corpo, fato de que os líderes da Revolução Francesa se aproveitaram ao introduzir a guilhotina, aliás invento de um médico, o Dr. Guillotin. A nuca é sede de contratura e de dor, freqüentemente de origem emocional.

Na coluna lombar, o papel da emoção é menos evidente, mas nem por isso a dor deixa de ser simbólica. “É tudo no meu lombo”, queixam-se as pessoas que assumem responsabilidades excessivas, e que freqüentemente têm a sensação de serem “burros de carga”. A lombalgia é uma das queixas mais freqüentes em consultórios médicos, mas os pacientes raramente ligam-na aos problemas de coluna. “E dos rins”, dizem. De fato, ali ficam as lojas renais, mas o rim, órgão enigmático, raramente dói.



Evitar a lombalgia exige um diálogo com a nossa coluna vertebral. Temos de perguntar quanto peso ela pode suportar e como erguer esse peso sem violentar a arquitetura dessa coluna — e sem comprimir as raízes nervosas que dali emergem e que são nervosas mesmo. Por outro lado, quem já tem lombalgia (e quem tem não esquece a dor) deve fazer a profilaxia do problema. Para isso, a nossa musculatura é nossa aliada; quanto mais forte estiver, mais apoio dará às vértebras. Que, como nós próprios, precisam desse apoio. A coluna tem problemas porque nela se refletem nossos problemas. Ela é a história de cada um de nós e a história da humanidade.

UMA FANTASIA RENASCENTISTA: A CRIAÇÃO DO HOMÚNCULO

“Abstrair o tamanho real significa perceber os fenômenos não naturalmente, mas esteticamente.”

Th. W. Adorno, *Eingriffe*

A poucas épocas históricas se aplica tão bem a expressão de Gramsci “o novo ainda não nasceu, o velho ainda não morreu”, quanto à Renascença. Manifestação cultural do processo de transição do feudalismo para o capitalismo, a Renascença teve um caráter revolucionário, no sentido mais profundo do termo: colocou o mundo de “pernas para o ar”, como diz o historiador inglês Christopher Hill. Toda a estrutura econômica, todo um sistema de valores foram abalados. Tudo que era sólido se desmanchava no ar (Marx), em violento contraste com a estável ordem feudal.

A relação natural que ligava o homem à família, à comunidade, foi brutalmente desfeita pela implantação de um novo modo de produção. A base social da concepção cristã do homem, diz Agnes Heller em seu monumental *O Homem do Renascimento*, deixou de existir, substituída por uma idéia eminentemente individualista da ética religiosa: cada um busca Deus por seus próprios meios. O que resulta numa postura esquizofrênica diante do universo: Giordano Bruno fala ora da pequenez do homem (comparado ao infinito), ora de sua grandeza na conquista do mundo material. Desaparece também a tradicional associação entre ciência e religião, entre técnica e corporação. E nem poderia ser de outra maneira, pois o desenvolvimento capitalista não admite barreiras de qualquer

ordem.



Sucedem-se as transformações. Num espaço de tempo relativamente curto surgem as cidades-estado, baseadas no pragmatismo político recomendado por Maquiavel. O mundo conhecido se expande com os descobrimentos marítimos. A imprensa difunde novas idéias, a artilharia derruba as muralhas dos castelos. Há um grande desenvolvimento das artes; na pintura e no desenho, a adoção da perspectiva amplia dramaticamente as possibilidades dos artistas — mas é também a época em que a Dança da Morte aparece nas telas dos pintores, refletindo as sucessivas ondas de pestilências que castigavam a população européia. São os tempos da sífilis, que teria sido trazida da América pelos marinheiros de Colombo e que se propagava graças ao relaxamento dos costumes.

O humanismo, inspirado na antigüidade clássica e sob o mote de Sófocles na *Antígona* (“Muitas são as maravilhas do mundo, mas nenhuma é tão maravilhosa quanto o homem”), anima os intelectuais, de Erasmo a Pico della Mirandola. O pensamento ultrapassa as fronteiras do conhecido e passa a sonhar com o melhor dos mundos possíveis: a utopia de Morus, de Bacon, de Campanella. É a época da Reforma, mas também da Contra-Reforma, do Concílio de Trento e do surgimento da “*intelligentzia*” política da Igreja, a Companhia de Jesus. (Companhia: este nome vai designar também vários, e arrojados, empreendimentos comerciais).



De outra parte, a Renascença vê um surpreendente desenvolvimento do ocultismo: astrologia, bruxaria, alquimia, cabala, a doutrina hermética (de Hermes Trimegisto), tinham

numerosos discípulos e se constituíam em padrão cultural. Esta aparente contradição não deve surpreender. Toda crise social tem embutido um apelo ao mágico, ao místico, como podemos constatar no Brasil de nossos dias. Além disso, tais práticas se constituíam em disfarce para a ciência, atividade que tinha muito de subversivo. Assim, nos laboratórios alquímicos, a química começava a se desenvolver; a astrologia era uma introdução a novas teorias sobre o universo.

Na terra de ninguém entre misticismo e ciência as fantasias proliferavam. Uma delas é particularmente interessante: o sonho de criação da vida sob a forma do homúnculo, um ser humano em miniatura. Propósito arrojado, uma versão fantástica da clonagem como hoje é praticada, apoiava-se em vários e antigos pressupostos, por exemplo, o da geração espontânea. Aristóteles afirmara que moscas e ratos podiam nascer da matéria em decomposição — e Aristóteles fora, durante toda a Idade Média, o guia do pensamento filosófico e científico.



O caminho para a criação do homúnculo passava necessariamente pela alquimia. Na *Cabala Minera/is*, do Rabi Simeon ben Cantara, há uma ilustração sobre o procedimento. Vê-se ali um conjunto de frascos alquímicos. Um deles (“Sophaium”) destila vapor de mercúrio. Em outro está o dragão que devora a própria cauda — equivalente, portanto, à serpente mágica, Ouroboros, e aqui denominado “Hermafroditum”. No frasco que conecta estes dois está o “Mercurius Homunculus”. Caberia a um alquimista a mais famosa tentativa de criação do homúnculo: o suíço Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (c.1493-1541), mais conhecido pela autodenominação de Paracelso — modesto, ele se colocava ao lado de Celso, o

grande médico de Roma Antiga.

Paracelso era médico também; uma figura controversa e fascinante. Professor da faculdade, ele dava aulas em alemão, não em latim, como outros mestres. Sustentava que o conhecimento da essência da enfermidade vem da natureza, não da revelação sagrada. Como os alquimistas, usava o mercúrio, mas no tratamento da sífilis (observara-se que trabalhadores em minas de cinábrio, o minério do qual era extraído o metal, ficavam curados da doença). Com o que arranhou inimigos poderosos: o outro tratamento era o guaiaco, importado da América pelos banqueiros Fugger, que não gostavam da concorrência.



Para a criação do homúnculo, Paracelso partiu do esperma. Desde Aristóteles acreditava-se que o poder fecundante pertencia ao homem, a mulher não sendo mais que um receptáculo para o embrião (o óvulo seria descoberto também mais tarde). Eis o procedimento: “Num alambique encerrai, por quarenta dias, a licor espermático do homem; deixai-o apodrecer. Aparecerá uma criatura semelhante, em forma, ao homem, mas transparente, sem nenhuma substância. Alimentai-a com sangue humano; conservai-a durante quarenta semanas em temperatura igual à do ventre eqüino; transformar-se-á num ser humano”. Não era algo muito estético: para conseguir a temperatura “igual à do ventre eqüino”, Paracelso usava o esterco do cavalo.



Mais tarde outro ser imaginário foi criado, desta vez através da cabala. Para defender o gueto judeu de Praga dos seus inimigos, o Rabi Juda Löw ben Bezalel fabricou com barro uma espécie de andróide gigante, o Golem. O Golem tinha escrito na testa a palavra *Emet*, verdade; apagando a primeira letra (que em

hebraico é o *alef*, letra sagrada), o vocábulo transformava-se em *met*, morte, e a criatura era destruída — o que aconteceu quando o Golem começou a desobedecer ao seu senhor. Segundo a lenda, o Golem está enterrado na velha sinagoga de Praga.

Essas histórias tiveram ressonâncias. Paracelso inspirou Goethe em seu *Fausto*, sobre o Golem foram escritos romances e peças de teatro. Compreensível: a fantasia a que correspondem tem fundas raízes no inconsciente. E ainda naquela mesma época, o imaginário europeu projeta-se sobre o Novo Mundo. Fala-se das amazonas, do Eldorado, da Fonte da Juventude; uma “visão do paraíso” (Sergio Buarque de Holanda) à qual se acrescentam os estranhos seres que povoavam a mente dos navegadores: os hipópodes, homens com patas de cavalo; os sciopodes, cuja única perna lhes servia de guarda-sol; os abarimon, com os pés voltados para trás. Não é de admirar que os conquistadores tenham tratado os povos da América Latina como homúnculos. É uma concepção cujos efeitos até hoje testemunhamos.

A ESTRADA E O PÂNICO

Ela tem 25 anos, é formada em arquitetura, casada e, de modo geral, considera-se uma pessoa sadia. Há duas semanas vinha dirigindo sozinha pela *freeway* quando de repente começou a se sentir tonta, nauseada, as mãos formigando. Suava muito e tinha dificuldade de respirar. Não conseguiu mais dirigir; estacionou o carro e, pelo celular, chamou um médico. Este veio e fez um diagnóstico que está se tornando cada vez mais comum, afetando milhões de pessoas.



Doença do pânico. O nome evoca o deus grego Pan, quase sempre representado tocando uma característica flauta. Quando não estava tocando o instrumento, estava correndo atrás das ninfas, com propósitos não muito inocentes.

A pergunta é: o que tem a ver uma divindade tão debochada com ataques de pânico? É que, durante uma batalha dos deuses contra os gigantes, Pan soltou um grito *tão* forte que botou estes últimos a correr, assustados. Os gregos também achavam que Pan tinha apavorado os persas na batalha de Maratona. Daí por diante, a palavra pânico ficou sinônimo de medo exagerado, sem razão aparente.



Um aspecto curioso da doença do pânico é que ela freqüentemente se associa com agorafobia. “Agora” também é uma palavra grega, significando praça, lugar aberto. Agorafobia, portanto, é o temor de lugares abertos. E estes incluem as

estradas — como aquela em que vinha a arquiteta —, e os viadutos. As pessoas ali se sentem desamparadas, como que soltas no espaço. No viaduto, em geral, pioram quando estão na faixa de maior velocidade. É como se o acostamento proporcionasse, senão um abrigo, pelo menos um conforto.



Do ponto de vista psicodinâmico, os ataques de pânico têm origem em temores infantis. Se a criança teve vivências traumáticas, se não se sentiu adequadamente protegida pelos pais em situação de ameaça real ou imaginária, ela vai se transformar em um adulto também vulnerável. E a estrada é hoje o símbolo da insegurança em nosso mundo. É um lugar aberto, às vezes em meio à vastidão, um lugar de intenso movimento e de barulho: motores roncando, buzinas soando, o vento zunindo. Um lugar capaz de despertar ansiedade.



Até há pouco tempo, as pessoas com doença do pânico tinham dificuldade de falar do problema. Não queriam ser rotuladas como medrosas, como covardes. Ficavam deprimidas, às vezes recorriam ao álcool. Hoje há mais abertura em relação ao problema; as pessoas devem, sim, consultar o médico. Em primeiro lugar, porque o pânico pode resultar de uma doença orgânica: excesso de funcionamento da glândula tireóide, arritmia cardíaca. Em segundo lugar porque a doença do pânico pode ser tratada — com medicamentos, com psicoterapia e com técnicas comportamentais. Às vezes, o simples fato de aprender a respirar calmamente já ajuda.

O deus Pan está solto em nosso mundo. Não toca flauta, toca buzinas potentes. Mas continua sendo, em grande medida, uma criatura imaginária.

HOMENS, MULHERES & SAÚDE

À exceção de países onde as mulheres são muito maltratadas (o Paquistão de uns anos atrás), a expectativa de vida dos homens é bem menor. Homem morre mais cedo. É só ir a um baile de idosos para constatar: devido à constante falta de par masculino, as mulheres dançam umas com as outras. E bem animadas, por sinal. As causas de morte mais freqüentes em nossa época — doenças cardiovasculares, certos tipos de câncer, acidentes, violência — acometem mais os homens. Mas isso não chega a ser uma explicação, pois uma questão de imediato ocorre: por que haveriam essas causas de morte atingir mais o sexo masculino? A pergunta tem fundamento, mesmo porque a situação está mudando. Por exemplo: à medida que as mulheres fumam mais, pagam também maior tributo ao câncer de pulmão, que antes era um “privilégio” masculino. Ou seja: doença não é só biologia, é cultura também.



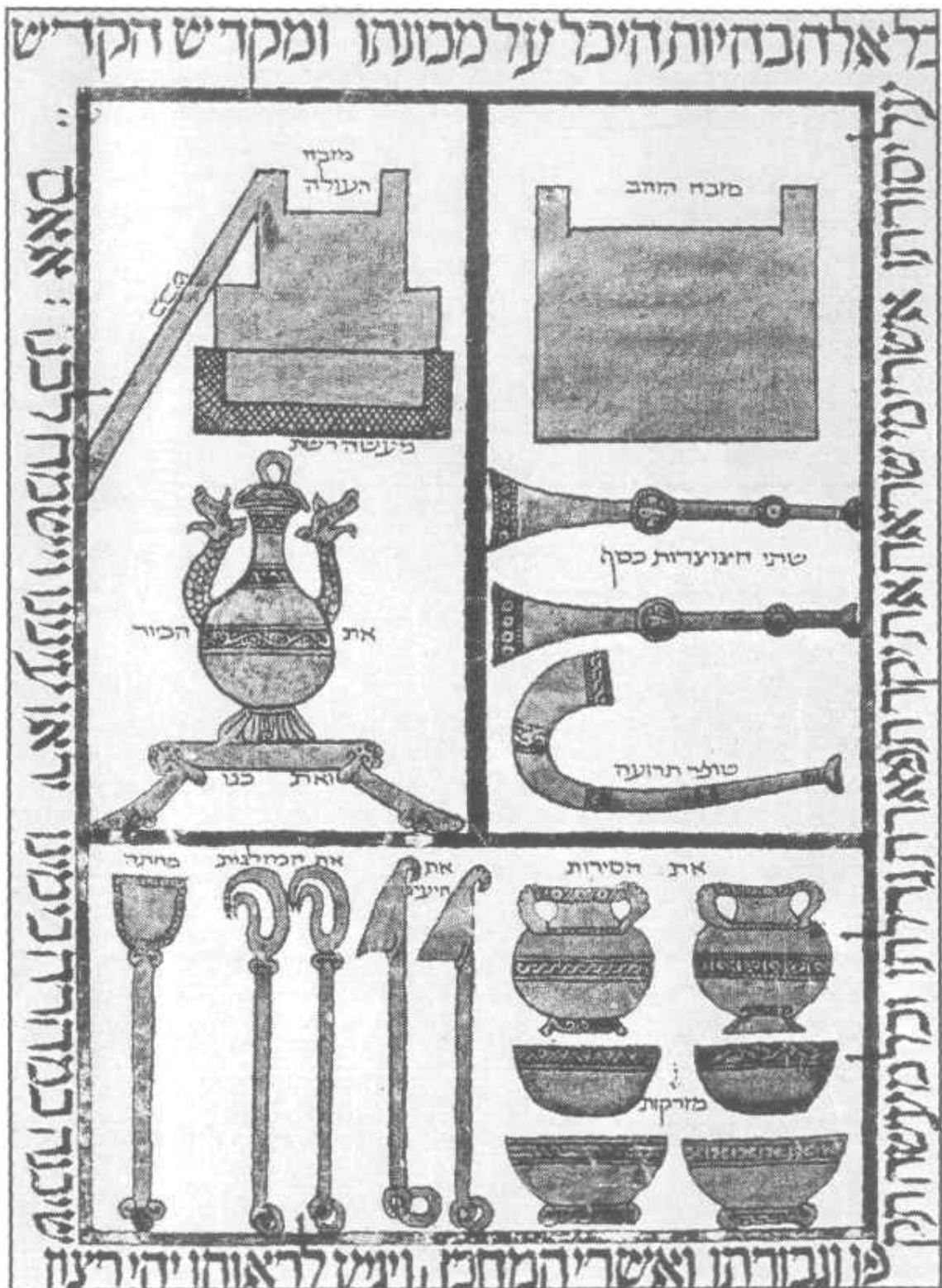
Por causa da cultura, mulheres e homens vêm a doença de modo diferente. Para começar, cabe em geral à mãe o cuidado dos filhos; isso significa que ela precisa estar mais atenta para a dor, para a febre, para as manchas. Pela mesma razão, mulher freqüenta mais o posto de saúde, o consultório médico. A sala de espera é freqüentemente um território feminino — e um lugar de intercâmbio de experiências e de informações. A mulher também está mais pronta a admitir sua própria doença e a tomar providências a respeito.

Há ainda um outro fator, que muitas vezes tem servido de argumento em plataformas feministas: a “medicalização” dos fatos da vida. No passado, parto era um assunto que a mulher resolvia com a ajuda de outras mulheres e/ou de parteiras. Hoje, parto ocorre em hospital — o que é bom: diminui os riscos. Mas, quando falamos em hospital, falamos em médico, e medicina foi, desde seus primórdios, uma profissão de homens. Na tradição grega, por exemplo, a medicina estava entregue a um deus, Asclépio. Mas a higiene e outros cuidados comezinhos com o corpo ficavam sob a égide de uma deusa, Hygiea (daí vem a palavra *higiene*). Diagnosticar, prescrever é (era) para homem, cuidar é (era) para mulher. Provam-nos os números: em casa, o cuidado dos doentes e inválidos está, em até 87% dos casos, segundo uma pesquisa inglesa, a cargo de mulheres.



Homem não chora, diz o provérbio, que também traduz um traço cultural muito prevalente. Homem não chora, homem não se queixa, homem não pode nem pensar em ficar doente, sobretudo em época de desemprego. Muitas vezes o homem só vai ao médico em último caso, e empurrado pela mulher. É um comportamento de risco, comparável ao risco que homens correm em muitas ocupações perigosas. Ou seja: os homens pagam um alto preço por seus supostos privilégios.

Está na hora de terminar com esse tipo de barreiras — tanto na vida social como na área dos cuidados de saúde. Homens e mulheres são fisicamente diferentes, mas partilham a fragilidade inerente à condição humana. Fragilidade esta que deveria se constituir, antes de mais nada, em uma lição de humildade e, sobretudo, de bom senso.



Instrumentos hebraicos antigos, utilizados em cirurgias ou sacrificios

Esta obra foi digitalizada e revisada pelo grupo Digital Source para proporcionar, de maneira totalmente gratuita, o benefício de sua leitura àqueles que não podem comprá-la ou àqueles que necessitam de meios eletrônicos para ler. Dessa forma, a venda deste e-book ou até mesmo a sua troca por qualquer contraprestação é totalmente condenável em qualquer circunstância. A generosidade e a humildade é a marca da distribuição, portanto distribua este livro livremente.

Após sua leitura considere seriamente a possibilidade de adquirir o original, pois assim você estará incentivando o autor e a publicação de novas obras.

Se quiser outros títulos nos procure :

http://groups.google.com/group/Viciados_em_Livros, será um prazer recebê-lo em nosso grupo.



http://groups.google.com/group/Viciados_em_Livros

<http://groups.google.com/group/digitalsource>

METRÓPOLE

Indústria Gráfica Ltda.
Fone/Fax: (51) 318-6355
e-mail: mig@mig.com.br
www.mig.com.br

A face oculta é o resultado fascinante da seleção das quase 500 crônicas veiculadas na grande imprensa na última década. São cerca de 80 textos num livro que, sob vários aspectos, é um remédio. Surge em cena os bastidores da prática da medicina, universo cheio de mitologias, descobertas, medos, conquistas. Bastidores de um mundo vedado à maioria.

artes
e Ofícios

ISBN 85-7421-051-X



9 788574 210513